

Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire

à Paris :

**une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de
médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues,
radiologues) et de dentistes parisiens**

Rapport final

Caroline Desprès (IRDES)

Avec la collaboration de Stéphanie Guillaume (IRDES) et de Pierre-Emmanuel Couralet

Cette étude a été commandée et financée par le fonds CMU

Conceptualisation et réalisation de l'échantillonnage : Thomas Renaud (IRDES)

Analyse statistique : Stéphanie Guillaume (IRDES)

Modélisations : Pierre-Emmanuel Couralet (IRDES)

*Remerciements pour leur relecture : Philippe Le Fur (IRDES) et P-E Couralet
et pour ses conseils méthodologiques Michel Naiditch (IRDES)*

Acteurs ayant réalisé les appels :

Daniel Kenigsberg

Jean-Pierre Becker

Juliette Naiditch

SOMMAIRE

Introduction	7
Rappel des résultats de la première étude	7
Le contexte	8
Objectifs	9
Rappel sur la Couverture maladie universelle	9
Méthodes	12
Préalable sur les modes d'organisation des prises de rendez-vous dans les cabinets de ville	12
Description du testing	12
Le testing dans le cadre du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire	13
Protocole de base	17
Exploration de la méthodologie du testing	18
Protocole sans annonce	20
Le scénario	20
Les dimensions cliniques du script	21
La construction de l'échantillon	23
Le choix d'une ville	23
Le profil des professionnels	26
Critères et méthode d'échantillonnage	27
Taille de l'échantillon à enquêter	27
Base de sondage	29
Les modalités de réponse	30
Options méthodologiques	31
Les réponses qui ont été interprétées comme positives (obtention d'un rendez-vous)	31
Les réponses considérées comme négatives	31

Analyse statistique	33
Les taux de sondage réels	33
Description de l'échantillon	35
Le nombre d'appels	35
Par catégories de professionnels	35
La structure de l'échantillon	36
Les réponses	40
Les délais de rendez-vous	41
Les taux de refus	42
Les taux de refus par catégories et secteurs	42
Taux de refus non imputables	42
Taux de refus imputables	43
Taux de refus en fonction de l'équipement pour la lecture de la carte vitale (CV)	43
Les déterminants du refus	44
Présentation des régressions logistiques	44
Synthèse sur les variables analysées	48
Les acteurs	48
Le répondant	48
Le secteur	48
Le regroupement des arrondissements parisiens	48
Le sexe du praticien	49
La carte vitale	49
Analyse qualitative des échanges	50
Les interlocuteurs	50
Analyse des échanges : le scénario avec annonce	51
Les types de réponses	51
Les refus non liés à la CMU	52
Les refus déguisés	52
Les modulations dans les réponses	53
Les manières de dire non	53
Les modalités d'acceptation	54
Les propositions alternatives	58
Les discours de justification	59
	4

Les contraintes administratives _____	60
La logique économique _____	60
Le parcours de soins _____	61
Les limites en lien avec le panier de biens _____	62
Des mesures spécifiques _____	62
<i>Le protocole sans annonce : exploration de la méthodologie</i> _____	64
Les taux de refus dans le protocole sans annonce _____	64
Les délais de rendez-vous _____	66
Analyse des échanges lors du scénario sans annonce _____	66
<i>Discussion</i> _____	69
Les taux de refus _____	69
Les délais de rendez-vous _____	70
Les déterminants du refus de soins _____	71
La logique économique _____	71
Cout administratif _____	73
Les arrondissements _____	74
Les spécificités parisiennes _____	74
La charité individuelle _____	76
Éléments de discussion concernant la méthode _____	77
Le testing inchangé selon l'appelant et le répondant _____	77
Le caractère imputable de la CMU _____	78
Le sens des chiffres produits _____	79
<i>Bibliographie</i> _____	81
<i>ANNEXES</i> _____	83
Annexe 1 : Refus de soins de la part du médecin : règles juridiques _____	83
Le support juridique _____	83

code de déontologie article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)	83
Manques aux devoirs d'humanité	83
code de déontologie article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)	83
code pénal article 225-1	83
code pénal article 225-2	84
Annexe 2 : Répartition des médecins parisiens par arrondissements et histogramme (source Améli)	85
Tableau 2.1 : Répartition des omnipraticiens parisiens par secteur et par arrondissement	85
Tableau 2.2 : Répartition des gynécologues et ophtalmologues parisiens par secteur	86
Tableau 2.3 : Classement des arrondissements parisiens en fonction des revenus moyens	87
Annexe 3 méthodologique	88
Annexe 4	90
Tableau 4-1 Structure de l'échantillon en fonction du sexe du praticien	90
Tableau 4-2 Structure par zone géographique / regroupement par arrondissement	91
Tableau 4-3 : Structure par type de quartier	92
Tableau 4-4 : répartition des répondants par strates	93
Tableau 4-5 Répartition des praticiens en fonction de leur équipement permettant de lire la carte vitale	94
Annexe 5 : modélisations	95
Tableau 5.1 : modélisation pour les médecins généralistes	95
Tableau 5.2 : modélisation pour l'ensemble des praticiens	97

Introduction

Cette étude répond à la demande du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU). Il s'agit tout d'abord de produire de nouvelles connaissances concernant le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans le cadre du 4^{ème} rapport d'évaluation de la loi créant la CMU. Les données produites s'appuyant sur un testing permettront également d'affiner cette méthode et de mesurer le taux de refus sur un territoire plus important que lors de la dernière étude commandée par le fonds CMU en 2005.

Rappel des résultats de la première étude¹

Le dernier testing a été réalisé au dernier trimestre 2005. La représentativité était assurée sur un territoire de 6 villes (Val-de-Marne) ce qui correspondait à 350 000 habitants environ. Le tableau suivant reprend les principaux résultats en termes de refus de soins par catégories de professionnels.

Tableau 1 : taux de refus par catégories de professionnels dans 6 villes du Val-de-Marne

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

Les données de cette étude sont rappelées mais il convient d'indiquer qu'aucune comparaison dans le temps et l'espace avec l'étude faisant l'objet du présent rapport n'a de signification statistique.

¹ DESPRES, NAIDITCH, 2006

² Il s'agit des effectifs non corrigés par les poids de sondage.

³ 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.

Le contexte

Le contexte et les conditions d'accès aux soins ont changé depuis 2006. En effet, la réforme de l'assurance maladie d'août 2004 relative notamment au médecin traitant et au parcours de soins coordonnés a été mise en œuvre, ce qui n'était pas encore le cas au moment de la réalisation du recueil de données de l'étude précédente. Nous avons supposé que cette réforme était susceptible d'influer sur les conduites des médecins, en particulier lors d'une première demande de rendez-vous. Parallèlement, plusieurs mesures modifiant les conditions de prise en charge des soins par l'assurance maladie ont été prises, notamment une revalorisation du forfait dentaire qui était donc susceptible de réduire les taux de refus chez les dentistes. Enfin, les testing ont eu tendance à se multiplier ce qui pouvait contribuer à rendre les personnes qui répondent plus méfiantes⁴.

Rappelons que le choix de la méthodologie adoptée, le testing, est en relation avec la difficulté à révéler une pratique illégale et non déontologique⁵, passible de sanction. Ce contexte pourrait réduire les refus ou inciter les praticiens à la prudence, dans les réponses données lors des prises de rendez-vous par téléphone. Cependant, jusqu'à aujourd'hui, les sanctions prises contre les professionnels refusant des bénéficiaires de la CMU restent des sanctions disciplinaires, émanant de l'Ordre des médecins ou celui des chirurgiens dentistes et semblent peu dissuasives.

Ajoutons que l'étude a été initiée en novembre 2008, le testing mis en œuvre sur la période décembre 2008-janvier 2009. L'enquête était donc terminée au moment du premier débat parlementaire de la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires), lequel a conduit à l'approbation du testing comme preuve juridique de discrimination et instaure des sanctions financières pour les médecins qui refusent les bénéficiaires de la CMU. Celles-ci interviendraient après une procédure de conciliation entre l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie. Cela a eu pour effet de remettre le testing sur la place publique, notamment dans les médias, même si l'amendement concerné porte sur la valeur du testing

⁴ Le dernier date de 2008 et a été réalisé à Paris par le site d'informations en ligne « Rue 89 »

⁵ Concernant cette question le code déontologie dont une partie est inscrite dans le code de la santé publique rappelle l'interdiction de discrimination tout en laissant aux praticiens (médecins et dentistes) le droit de refuser un patient, hors urgence « pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

comme preuve juridique de discrimination alors que dans le cadre de cette étude, il s'agit d'une utilisation, en tant que méthode d'enquête, comme instrument de mesure des discriminations.

Objectifs

- Principal :

- Mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la CMU lors d'une prise de rendez-vous par téléphone et dans le cadre d'un premier rendez-vous.

Secondaires :

- Etudier les déterminants du refus de soins : analyser ces refus et les circonstances de leur production.
- Evaluer la méthode du testing par rapport à la réalité des prises de rendez-vous.

Rappel sur la Couverture maladie universelle

La couverture maladie universelle comprend deux volets. La CMU de base constitue une généralisation de l'assurance maladie obligatoire pour ceux qui n'y avaient pas accès par un autre biais. Le second volet qui nous intéresse dans cette étude, la CMU complémentaire (CMUC) constitue une couverture complémentaire gratuite pour les plus démunis. En France, en 2008, 4,2 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire. Elle est soumise à conditions de ressources et les barèmes dépendent de la composition du foyer. Elle permet l'accès à l'ensemble de l'offre de soins, publique et privée avec application du tiers payant intégral (le patient n'a pas à faire l'avance de frais).

L'essentiel des tarifs des actes est facturé en tarifs opposables. Le taux de prise en charge par les régimes de base est en moyenne de 78 % du tarif conventionnel pour les actes réalisés en tarifs opposables. La CMU complémentaire vient assumer le reste à charge, trop lourd pour les ménages les plus démunis.

Concernant le secteur ambulatoire comme hospitalier, les praticiens doivent appliquer le tarif conventionnel. Depuis 1980, certains médecins sont autorisés à appliquer un dépassement d'honoraires dès lors qu'ils sont installés en secteur 2 dit à honoraires libres⁶. Cette organisation pose plusieurs problèmes en termes d'accès aux soins aujourd'hui. Le premier est lié au montant des dépassements (rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 24 mai 2007) ; le second est celui d'une baisse sensible de l'offre de soins aux tarifs opposables, notamment dans certains secteurs géographiques. Ces éléments génèrent des difficultés d'accès aux soins en particulier pour les ménages les plus modestes d'autant plus qu'ils n'ont pas de couverture complémentaire ou une couverture complémentaire qui ne prend pas ou mal en charge les dépassements.

Les praticiens conventionnés en secteur 2 ne peuvent pas demander de dépassement aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ces derniers⁷. Ils doivent également appliquer le tiers payant intégral et l'Assurance maladie leur verse directement le montant de leurs honoraires au tarif opposable (base de remboursement de l'Assurance maladie).

La CMU complémentaire constitue l'équivalent d'une mutuelle de niveau moyen. Elle prend en charge les dépassements pour les prothèses dentaires ou appareillages (dentaires ou optiques) largement au-dessus des montants habituels de remboursement de l'assurance maladie obligatoire, toutefois dans les limites d'un forfait. Concernant les prothèses pour lesquelles les dentistes ont normalement la liberté d'en fixer le prix, pour les bénéficiaires de la CMUC, ils sont dans l'obligation de rester dans les limites du forfait.

⁶ En secteur 2, les praticiens paient l'intégralité de leurs charges sociales contrairement à ceux du secteur 1 dont une partie est prise en charge par le régime de base.

⁷ « Dans ce cadre, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires, fixés conventionnellement, ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires de la CMU. Les médecins ne peuvent facturer de dépassements qu'en cas d'exigence particulière du patient (...). » (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 11/02/05, point 4.1.3.1)

Enfin, la Halde⁸ a confirmé le caractère discriminatoire des refus des soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire (cf. en annexe 1, le rappel des conditions légales du refus de soins).

⁸ HALDE : haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité

Méthodes

Préalable sur les modes d'organisation des prises de rendez-vous dans les cabinets de ville

Les consultations des médecins et des dentistes sont organisées selon différentes modalités qu'il est nécessaire de décrire succinctement afin de comprendre la procédure de testing.

Les médecins généralistes alternent temps de visites et temps de consultations. A Paris, les visites ont néanmoins un caractère exceptionnel pour une majorité d'entre eux. Concernant les consultations, elles peuvent être organisées pour les médecins généralistes selon plusieurs modalités :

- consultations uniquement sur rendez-vous,
- consultations uniquement sans rendez-vous,
- alternance de temps de consultation avec et sans rendez-vous.

Dans notre échantillon, l'organisation majoritaire est celle de consultations avec rendez-vous. Les médecins spécialistes et les dentistes fonctionnent presque tous sur le mode des consultations sur rendez-vous.

L'organisation des rendez-vous de consultations est gérée par un secrétariat ou par le praticien lui-même.

Description du testing

Le testing, encore appelé *test de situation*, permet de mettre en évidence et d'analyser les discriminations. Il peut être utilisé à des fins juridiques ou scientifiques (mesure d'un phénomène social, notamment dans le cas de pratiques illégales, quand le questionnaire direct des personnes risque de ne pas être suffisamment fiable). Né dans les années 1970, aux USA et en Grande-Bretagne, il est utilisé en France essentiellement depuis les années 2000 (Horizons stratégiques, 2007). Il est plus fréquemment utilisé pour analyser les discriminations au travail, dans l'accès au logement, plus rarement dans le champ de la santé

(E. CEDIEY, C. DESPRES et Y. HORTY, 2007). Il a cependant déjà fait ses preuves dans le cadre du refus de soins (DESPRES, NAIDITCH, 2006).

Le testing scientifique reste strictement anonyme à l'inverse du testing juridique. Ajoutons qu'il est essentiel lors d'un testing de pouvoir conclure que l'attitude considérée comme discriminante est reliée au critère discriminatoire, en l'occurrence dans le cadre du refus de soins que ce refus est en rapport avec le fait d'être bénéficiaire de la CMU.

Les premiers testings sur le refus de soins ont été réalisés par des associations (Médecins du Monde et Que choisir). Depuis, ils se multiplient mais ne présentent pas tous la rigueur nécessaire à une démarche à proprement parler scientifique. Il paraît essentiel, comme cela a été indiqué lors du testing réalisé en 2005, de mettre en oeuvre un scénario homogène pour pouvoir comparer les réponses entre elles et de mettre en place une procédure de deuxième appel afin de confirmer ou infirmer le caractère imputable à la CMU du refus : la méthode du testing repose sur la comparaison de deux couples identiques, sauf sur le critère étudié. Par ailleurs, au delà d'une mesure des taux de refus par catégories de professionnels, nous proposons une démarche analytique afin d'explorer les déterminants du refus.

Le testing dans le cadre du refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Il s'agit donc de chercher à obtenir un rendez-vous par téléphone, auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé (médecins et dentistes). En 2005, comme cette fois-ci, l'appel a été réalisé par des acteurs et a fait l'objet d'un script, anticipant l'ensemble des questions possibles de manière à réaliser un protocole invariant d'un appel à l'autre dans le début de l'échange. Toutefois, le script varie en fonction des catégories de professionnels auxquelles on s'adresse de manière à adapter la demande à l'activité du praticien. Cette procédure permet alors de comparer les résultats en termes d'obtention d'un premier rendez-vous de consultation en fonction des plusieurs variables, *toutes choses étant égales par ailleurs*.

Dans cette étude, nous avons mis en oeuvre deux protocoles, un protocole de base reprenant les grandes lignes de l'étude précédente et un second visant à mieux comprendre les effets de la méthode choisie. Les deux protocoles sont brièvement résumés dans l'encadré suivant :

Protocole de base :

Il comporte deux scénarii (donc deux appels téléphoniques) et a pour ambition de répondre aux objectifs primaire et secondaire cités ci dessus, soit la mesure du taux de refus et l'analyse des déterminants du refus.

Le premier scénario (scénario avec annonce) consiste à appeler le professionnel de santé ou son secrétariat en annonçant que l'on est bénéficiaire de la CMU.

Lorsqu'il y a un refus non clairement imputable à la CMU ou une proposition de rendez-vous à très long terme, un second appel est passé par un autre acteur ne donnant pas d'information sur sa couverture sociale (scénario ordinaire)

Protocole d'exploration :

Il vise à explorer la méthode du testing et évaluer le protocole de base. Il comprend un scénario dans lequel l'acteur appelle sans donner d'information sur sa couverture sociale mais en suggérant une origine sociale populaire. La réponse recueillie sera comparée à celle du protocole de base.

Après les premiers échanges et une fois la réponse à la demande de rendez-vous recueillie, l'entretien téléphonique se poursuit, faisant appel aux talents d'improvisation des acteurs jouant le rôle d'un patient bénéficiaire de la CMU, afin d'explorer les causes du refus. L'intérêt d'utiliser des acteurs est également de rendre le personnage incarnant le bénéficiaire de la CMU le plus crédible possible. Le discours de l'interlocuteur (secrétaire ou praticien libéral lui-même) sera ensuite analysé qualitativement ce qui permettra de mieux comprendre les circonstances de production du refus et d'en éclairer les logiques sociales.

La procédure choisie reposait sur l'hypothèse que la majorité des praticiens ne procède pas à une stratégie de sélection préalable de leurs patients, au stade de la prise de rendez-vous. Le refus intervient lorsque la demande clinique n'est pas adaptée aux compétences du professionnel et dans quelques cas qui restent marginaux, tels certains médecins qui ne reçoivent que sur recommandations. Hormis les refus inscrits dans ce cadre, ils relevaient dès lors d'une discrimination.

En cas de rendez-vous accordé au bénéficiaire de la CMU

Si le testing repose classiquement sur une procédure de présentation de couples équivalents sauf sur un critère (race, ethnie, genre) qui peut faire l'objet d'une discrimination⁹, il paraissait inutile de procéder à un double appel systématique. Partant de l'hypothèse que les praticiens ne procèdent pas à une sélection de leurs patients sauf dans le cas mentionné (consultations accordées sur recommandations) et dans la mesure où la demande clinique était bien ciblée, en appelant et en « jouant » un patient ordinaire, nous n'avions pas de raisons de rencontrer des refus quand un bénéficiaire de la CMU obtient de son côté un rendez-vous.

En cas de refus

Le plus fréquemment, les causes de ce refus sont annoncées d'emblée comme étant *imputables à la CMU*. Le caractère imputable à la CMU du refus était donc explicite. Habituellement dans les testings effectués dans le cadre de pratiques discriminatoires, il est peu fréquent de désigner d'emblée la cause de la discrimination. La procédure s'arrêtait puisque nous avons recueilli le refus et son origine.

Dans tous les autres cas, nous réalisons un deuxième appel, le chercheur appelant lui-même dans le cadre d'un scénario *ordinaire* (patient ne donnant aucune information sur son niveau de protection sociale et ayant une manière de se présenter suggérant un milieu social aisé).

Les raisons invoquées sont d'ordre structurel, départ en retraite, praticiens ne recevant que sur recommandations d'un confrère, ou d'ordre conjoncturel, manque de disponibilité, absence prolongée. Dans certaines spécialités, le nombre insuffisant de praticiens peut amener le conjoncturel à devenir permanent et structurel : ainsi, certains médecins refusent-ils de prendre des nouveaux patients.

⁹ Ici, il s'agit de la CMU (sous-entendu complémentaire). La procédure serait alors de comparer un patient ordinaire versus un patient ayant droit CMU complémentaire.

Nous avons donc réservé le principe du double appel pour les cas de refus non justifiés par le fait de bénéficier de la CMU complémentaire de manière explicite¹⁰. Nous avons alors appelé une seconde fois, dans le cadre d'un scénario *ordinaire*.

- ⇒ Quand nous avons rencontré à nouveau un refus, invoqué pour les mêmes raisons, nous avons validé que ce refus était *non imputable à la CMU*.
- ⇒ Par contre, quand nous avons rencontré une discordance de réponse (acceptation d'un rendez-vous), nous avons considéré qu'il s'agissait d'un refus *déguisé et imputable à la CMU*.

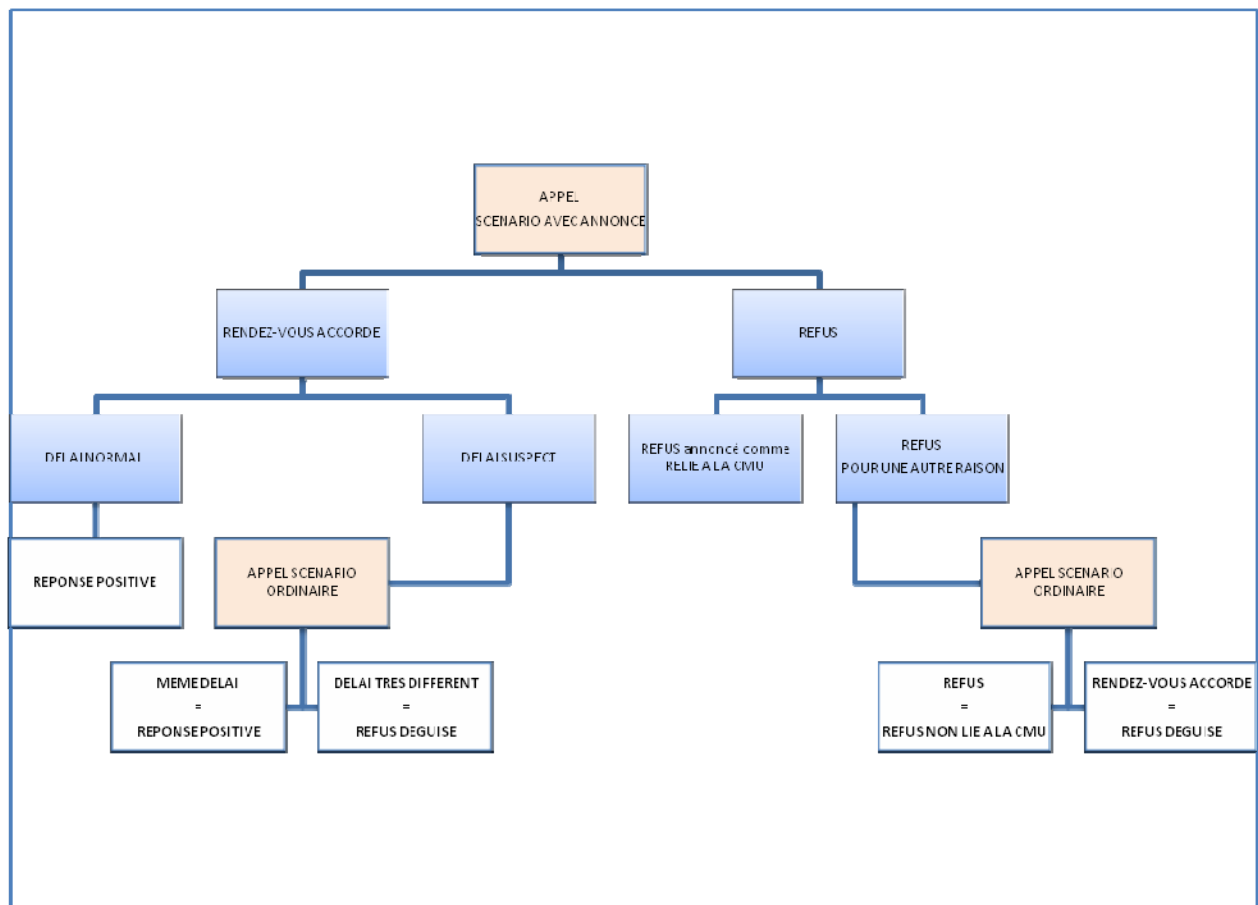
Il faut signaler que cette vérification était faite immédiatement après le premier appel afin d'éviter que les discordances de réponses soient liées à un changement de contexte (en particulier à un changement d'interlocuteur ou à l'apparition d'une disponibilité du fait de l'annulation d'un rendez-vous par un autre patient).

Dans le protocole de base, l'acteur se présente rapidement dès les premiers temps de l'échange comme bénéficiaire de la CMU. Il demande un rendez-vous. La réponse est recueillie et l'échange se poursuit dans la majorité des cas (dans quelques cas, le professionnel raccroche plus ou moins brutalement). Des notes sont prises sur le contenu de ce qui est dit par la suite.

Nous avons repris dans les cas incertains, comme nous venons de l'expliquer le principe du couple en rappelant une seconde fois. Nous avons procédé de la même façon quand les délais proposés lors de la prise de rendez-vous paraissaient suspects et pouvaient constituer un refus déguisé ou tout au moins une tentative pour décourager le patient.

¹⁰ Nous avons procédé ainsi afin d'alléger la procédure déjà très lourde, d'autant que dès lors qu'un rendez-vous est donné, les entretiens téléphoniques sont plus longs, nécessitant de laisser un nom, souvent un numéro de téléphone, d'écouter les précautions d'usage par exemple pour la préparation d'une échographie ; en outre, il est nécessaire d'annuler les rendez-vous, ce au plus vite afin d'éviter d'occuper le créneau horaire susceptible d'être délivré à un « vrai » patient.

Protocole de base¹¹



Le testing a été réalisé sur un échantillon représentatif des dentistes, médecins omnipraticiens, ophtalmologues, gynécologues médicaux et radiologues exerçant à Paris *intra-muros*. Les résultats font l'objet d'une analyse mixte : statistique et qualitative.

Bien entendu et comme nous l'avons déjà précisé en notes tous les rendez-vous obtenus lors du testing ont été annulés ultérieurement.

¹¹ Au final, nous ne savons pas si les praticiens qui ont opposé *un refus non lié à la CMU* (eg, manque de disponibilité) accepte ou pas la CMU (peut-être ce praticien aurait-il refusé un patient ayant la CMU s'il avait eu des disponibilités). La proportion de refus de la CMU observée grâce à cette méthodologie est donc une proportion minimale qui sous-estime la proportion « réelle » de refus (qui ne peut être observée). Cette proportion « réelle » serait la proportion de refus de la CMU observée si tous les praticiens contactés étaient en situation d'accepter un nouveau client.

Exploration de la méthodologie du testing

Le testing conduit à créer une situation donnée, spécifique qui ne recouvre pas forcément l'ensemble des possibilités qui se présentent au patient lors d'une prise de rendez-vous.

Dans notre étude, nous avons exploré la situation d'un premier rendez-vous, situation qui se démarque des cas fréquents où le patient appelle un médecin qui le suit déjà. Aujourd'hui, en ce qui concerne les médecins généralistes, une partie des bénéficiaires déclare un médecin traitant et reste attaché à celui-ci. Fin 2008, selon l'Assurance maladie¹², 84 % des assurés avaient choisi un médecin traitant (85 % des bénéficiaires de la CMUc). Quand un patient désire en changer, vient de déménager ou encore est éloigné de son domicile (par exemple pour des vacances), il est amené à appeler un médecin généraliste pour la première fois. Dans le cas d'un premier rendez-vous, deux situations peuvent se présenter :

- Le patient annonce d'emblée qu'il a la CMU
- Le patient ne prévient pas lors de la prise de rendez-vous qu'il a la CMU.

Les études qualitatives et des échanges nombreux avec des bénéficiaires de la CMU attestent que fréquemment les bénéficiaires de la CMU préfèrent prévenir (s'annoncer comme tels). En effet, cela leur permet d'éviter d'avoir à affronter une situation où ils seraient mal reçus voire mal soignés par un professionnel qui ne les reçoit pas habituellement.

D'autres ne posent pas de question, parce qu'ils n'y pensent pas, parce qu'ils ont déjà pris des informations sur le professionnel auprès de leur entourage, ce qui peut expliquer l'inutilité de poser la question, ou parce qu'il s'agit d'une véritable stratégie (pour forcer la main du praticien) : il serait plus difficile de refuser dans un face à face que lors de la prise de rendez-vous par téléphone.

Nous ne disposons d'aucune information sur le pourcentage de ceux qui préviennent ou non les praticiens lors de la prise de rendez-vous.

Rappelons-le, le testing constitue une méthode expérimentale : nous n'observons pas un phénomène mais nous construisons un dispositif qui indirectement permet de mesurer les attitudes des professionnels. Quelle que soit la procédure, elle introduit du décalage. Ainsi, le

¹² Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention – Point d'information de l'Assurance Maladie, 22 janvier 2009

fait de ne pas annoncer que l'on bénéficie de la CMUc est tout aussi construit que le fait de l'annoncer puisque les deux situations coexistent.

Nous avons donc décidé d'explorer les deux situations. Nous avons donc réalisé un second protocole, protocole sans annonce que nous voulions comparer au protocole de base afin d'analyser la méthode en elle-même et ce que produit le testing par rapport à la réalité de la prise de rendez-vous. Dans ce second protocole, l'acteur ne s'annonçait donc pas comme bénéficiaire (voix différente/autre acteur).

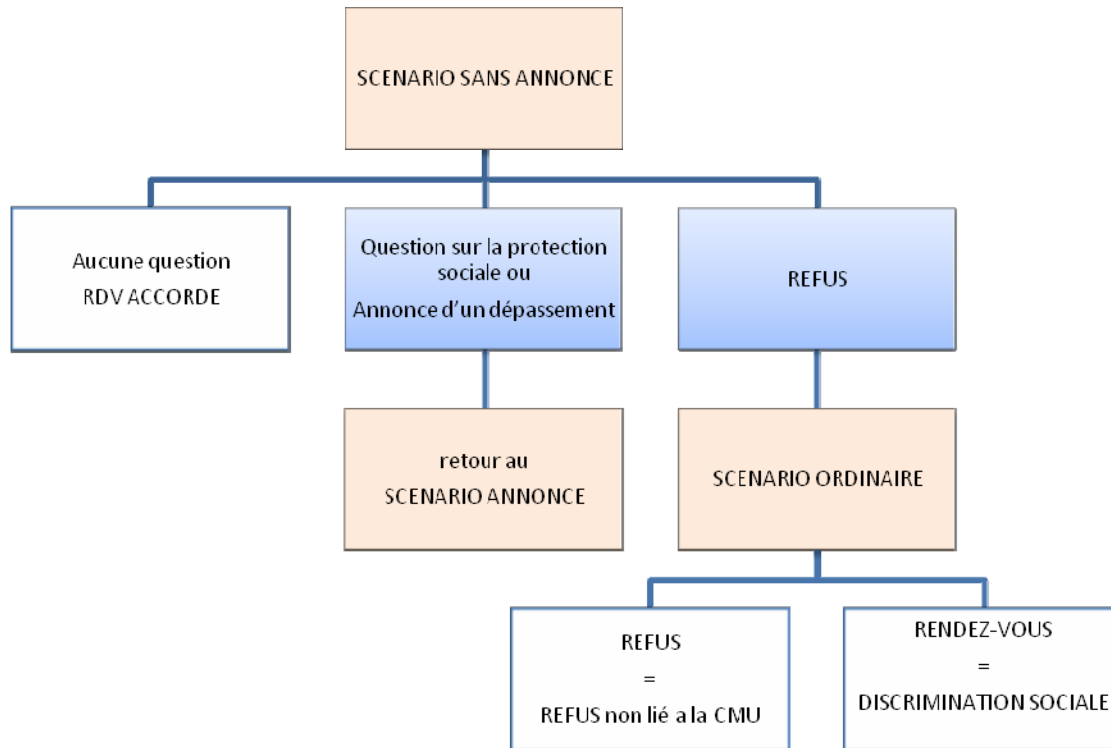
Rappelons que nous avons fait l'hypothèse que les praticiens ne sélectionnent pas leur clientèle ou de manière marginale. Nous faisons également l'hypothèse qu'il ne peut être demandé de manière systématique à tous les patients de quel type de protection sociale, ils relèvent¹³. Il était donc probable que lors d'un appel ordinaire, nous aurions obtenu près de 100 % de réponses positives dès lors que nous ajustions la demande clinique aux spécificités du praticien et contournions les cas où une recommandation est demandée en produisant un nom de confrère.

Nous avons donc évoqué une origine populaire du patient, dans la manière de s'exprimer du patient et en plaçant quelques éléments d'information suggestifs lors de l'échange : « *je ne peux pas tel jour parce que j'ai un rendez-vous pour le RMI* » ou « *c'est l'assistante sociale du foyer où je vis qui m'a dit de vous appeler...* » ou encore des difficultés à prononcer des mots techniques (en radiologie, par exemple). Il s'agissait de savoir dans quelle mesure, certains praticiens cherchaient de manière proactive à évincer les bénéficiaires de la CMU dès lors qu'une origine sociale basse était évoquée.

Nous avons commencé en procédant à un double appel systématique (protocole avec annonce et protocole sans annonce) et nous nous sommes rendus compte que cette procédure s'avérait inutile lors d'une acceptation lors du scénario avec annonce : si un praticien reçoit les bénéficiaires de la CMU, a fortiori il va accepter des patients même s'ils ont une appartenance sociale populaire. Par la suite, nous n'avons appliqué le protocole sans annonce que dans le cas de refus dans le protocole avec annonce.

¹³ L'hypothèse a été vérifiée puisque dans la majorité des cas, même quand une origine sociale basse est fortement suggérée aucune question n'est posée

Protocole sans annonce



Le scénario

L'idée lors de la réalisation du testing est de travailler sur un personnage qui correspond au plus près à la réalité socioculturelle des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Nous nous sommes situés dans une moyenne (ni les couches sociales les plus élevées de cette population, ni la grande pauvreté). Nous avons choisi des scénarii de manière à donner de l'épaisseur au personnage afin de lui donner le plus de crédibilité possible en accord avec les connaissances que nous avons sur cette population.

Nous avons retenu quelques critères :

- une cassure économique ;
- une histoire de vie marquée par des ruptures et une instabilité (géographique, professionnelle, en termes de foyer) ;

- une origine sociale ouvrière ou classe moyenne, un faible niveau d'études et de formation.

Nous avons choisi de ne pas adopter d'accent suggérant une origine étrangère de manière à ce qu'une discrimination raciale ne se confonde pas avec une discrimination en lien avec la CMU, même si, de fait, les personnes d'origine étrangère (surtout Maghreb et Afrique de l'Ouest) sont nombreuses parmi les ayants droits de la CMU (et plus généralement dans les couches sociales défavorisées) et dans ce cas ont un accent plus ou moins marqué.

Les éléments du scénario étaient repris en fonction des questions qui pouvaient éventuellement être posées, ce qui s'est révélé rare. Cela permettait aussi aux acteurs d'asseoir leur personnage et de lui donner de la consistance et donc une meilleure crédibilité.

Quand l'interlocuteur cherchait à savoir pourquoi le patient n'avait pas de médecin traitant, un déménagement récent à Paris était évoqué.

Nous avons opté pour des demandes de rendez-vous hors d'un contexte d'urgence. Une des raisons était de ne pas fausser les résultats par des refus liés à l'incapacité du praticien à offrir un délai de rendez-vous raisonnable compte-tenu du contexte clinique. Par ailleurs, selon le code de santé publique, les praticiens sont tenus de recevoir les urgences. Nous souhaitons analyser les refus dans un contexte ordinaire.

Les dimensions cliniques du script

Nous avons préparé des réponses toutes prêtes concernant le contexte clinique, car quand le praticien répond lui-même, il questionne fréquemment le patient à ce sujet ; ce n'est pas rare non plus même de la part d'un secrétariat, parfois pour évaluer s'il y a une urgence. La construction d'un scénario clinique dépendait bien sûr de la spécialité de chaque praticien.

Pour les médecins généralistes, il s'agissait de douleurs abdominales. De la même manière, certains médecins omnipraticiens ont une orientation clinique ou un mode d'exercice particulier. Nous avons alors adapté le script à ses propres compétences et appelé à nouveau. Nous avons alors invoqué des problèmes de circulation pour un phlébologue, un problème d'obésité pour un praticien spécialisé dans les problèmes de nutrition, des douleurs lombaires pour un acupuncteur, etc. Là encore, il s'agissait de contourner des refus donnés du fait d'une demande inadaptée à la spécialité d'un praticien.

Si la majorité des dentistes réalise des soins basiques incluant la réalisation de prothèses, quelques uns sont spécialisés uniquement dans la chirurgie, dans l'orthodontie, l'implantologie, etc. Pour les praticiens pratiquant exclusivement la chirurgie, le scénario consistait à faire une demande pour une extraction dentaire (qui aurait été suggérée par un dentiste de province avant d'arriver sur Paris). Certains ne faisaient que de l'implantologie (ce qui devait être vérifié par un autre appel « scénario ordinaire »). Ce type de soins ne faisant pas partie du panier de soins des bénéficiaires de la CMUc, ces refus n'ont donc pas été considérés comme des refus imputables à la CMU, quand le deuxième appel validait cette activité exclusive.

Pour l'ophtalmologie, nous avons construit un scénario concernant des yeux rouges suggérant plutôt une origine allergique afin d'éviter à nouveau le caractère d'urgence. De manière marginale, quelques ophtalmologues sont des chirurgiens (exclusifs) ou des spécialistes de la cornée ou de la rétine. De même, nous avons réajusté pour quelques praticiens spécialisés. Dans le cas de chirurgiens, nous évoquions la nécessité d'une intervention de la cataracte.

Pour les radiologues, le scénario type consistait à demander une échographie abdominale ou pelvienne de manière à cibler un praticien déterminé. En effet, dans le cas d'une demande de radiographie conventionnelle, celle-ci aurait pu être réalisée par un manipulateur radio et on courrait par ailleurs le risque que ce ne soit pas le radiologue inclus dans l'échantillon qui en fasse la lecture. Toutefois, dans un certain nombre de cas, le radiologue désigné ne réalisait pas d'échographie. Les radiologues se partagent en fonction des divers actes techniques, ou parfois dans l'investigation d'un champ spécifique, ostéo-articulaire, thyroïde, etc. Dans ce cas, nous avons essayé de savoir quels examens il pratiquait et un autre acteur appelait avec une demande adaptée et ciblée : scanner, IRM, etc.

Nous n'avons pas anticipé la spécialisation des pratiques en radiologie, aussi n'avons commencé à recueillir systématiquement le type d'examens demandé qu'en cours d'enquête.

Pour les cas où nous disposons de l'information, les demandes d'examens se distribuent comme suit dans le tableau 2 :

Tableau 2 : types d'examens demandés lors d'une prise de rendez-vous chez un radiologue

Examens demandés	Nombre d'appels concernés	%
Echographie ¹⁴	75	64,66
Mammographie	16	13,79
scanner	14	12,07
IRM	5	4,31
divers ¹⁵	6	5,17
Total	116	100

Dans notre scénario, la personne appelant le radiologue était censée être munie d'une ordonnance, et quand le nom du médecin était demandé par le secrétariat, le nom d'un médecin généraliste parisien était produit.

Enfin, pour les gynécologues, il s'agissait d'un bilan gynécologique à distance d'une IVG pour l'actrice correspondant à une jeune femme (Aline) et d'une boule au sein pour l'autre actrice ayant une voix moins jeune (Catherine).

La construction de l'échantillon

Le choix d'une ville

Nous cherchions une représentativité de l'échantillon sur l'ensemble d'un territoire. La représentativité nationale apparaissait peu réaliste, dans le cadre du budget, du temps imparti et de la méthode. Nous avons donc choisi la ville de Paris afin de produire de la connaissance sur un territoire suffisamment étendu et qui présentait un intérêt *en soi*. Les résultats issus de

¹⁴Les échographies comportent en majorité des échographies abdominales ou pelviennes.

¹⁵ La rubrique « divers » comprend une phlébographie, une artériographie, une coronarographie et 3 radios de rachis.

cette étude ne reflètent donc que le comportement des catégories de médecins étudiées et des dentistes parisiens et ne peuvent en aucune façon être extrapolés à d'autres territoires.

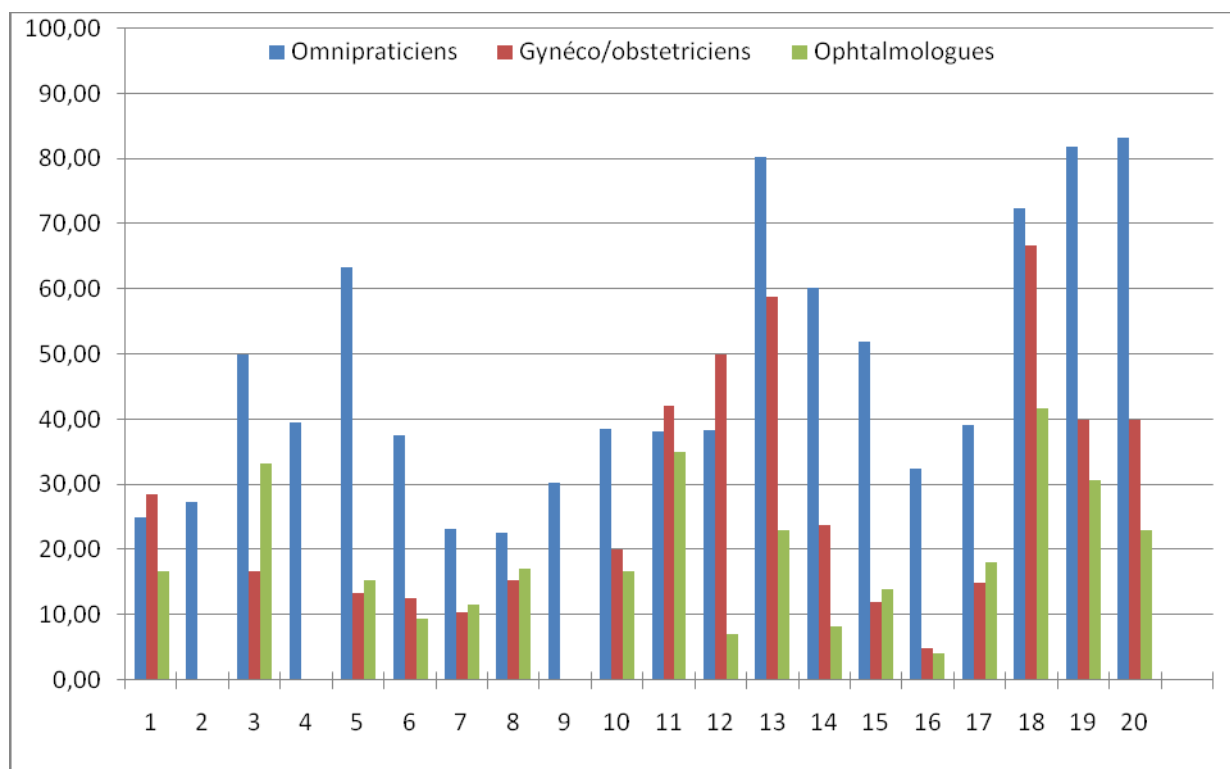
D'autres arguments nous ont confortés dans le choix d'un terrain parisien. Paris compte une densité moyenne de 8874 bénéficiaires de la CMU/100 000 personnes protégées par le régime général (source Ameli) qui sans être la plus élevée de France est importante.

De plus, Paris présentait divers avantages liés à un *environnement complexe et hétérogène offrant la possibilité d'explorer des réalités socialement différenciées*. Une étude récente de l'IRDES montre que la composition des clientèles reflète l'environnement social d'exercice des praticiens. La proportion de patients ayant la CMUc dans la patientèle des médecins est en partie liée à la proportion de ces patients dans l'environnement (CASES, LUCAS-GABRIELLI, PERRONIN, TO, 2008). Or, les taux de bénéficiaires de la CMU varient de 3 à 16 % en fonction des arrondissements¹⁶ (BOISGUERIN, PICHETTI, 2008). Nous faisons l'hypothèse que les attitudes des professionnels allaient varier en fonction de cet environnement, du fait de la pression de la clientèle environnante mais aussi de la répartition entre les deux secteurs : par exemple, l'existence de nombreux confrères en secteur 1 dans le quartier, pourrait en amener certains à refuser un rendez-vous plus facilement, sachant qu'il existe une offre disponible à proximité. Par ailleurs, dans un environnement très riche en structures publiques de soins, il n'était pas impossible que quelques uns des médecins en profitent pour renvoyer les patients CMU vers ces structures. L'étude de l'IRDES (CASES et al., 2008) montre des effets de report des patients CMUc des communes les plus aisées vers les praticiens des communes les moins aisées¹⁷ dans la mesure où la hausse de la part de clientèle CMUc est en moyenne plus forte que l'augmentation du taux de bénéficiaires de la CMUc dans les communes d'exercice. On pouvait imaginer que les effets de report seraient encore plus aisés d'un arrondissement à l'autre. Une disparité de répartition des différents médecins en fonction des secteurs d'activité est en effet observée à Paris (tableau 2-1, 2-2, en annexe 2) et témoigne des réalités sociales contrastées de la capitale. L'histogramme suivant illustre cette disparité :

¹⁶ Les taux de bénéficiaires de la CMU varient en fonction des départements entre 3,3 % (Haute Savoie) et 12,7 % (Seine St Denis) de la population.

¹⁷ Op. cit.

Histogramme 1 : Pourcentages de médecins de secteur 1 pour l'ensemble des médecins de la catégorie considérée (en fonction des arrondissements parisiens)



Les pourcentages de praticiens de secteur 1 pour l'ensemble de la capitale sont de 48,52 % pour les omnipraticiens, 10,37 % pour les gynécologues-obstétriciens, 14,60 % pour les ophtalmologues.

Il apparaît au premier regard que les médecins en secteur 2 sont installés de manière privilégiée dans des quartiers où ils ont des clients solvables, prêts à payer les dépassements qui parfois peuvent être conséquents. A l'inverse, les médecins en secteur 1 s'installent dans une plus forte proportion dans les quartiers populaires. Ces disparités pourraient être également à rapprocher de la relation entre niveau de revenu (plus fort en secteur 2 qu'en secteur 1) et le montant des loyers (plus forts dans les quartiers aisés que dans les quartiers populaires). Les arrondissements parisiens pourraient se différencier non seulement en fonction de la répartition entre les deux secteurs mais aussi en fonction du montant des dépassements en secteur 2.

Paris avec ses arrondissements socialement différenciés permettait donc d'analyser sur un territoire circonscrit différents déterminants des refus.

Le profil des professionnels

Nous avons choisi d'explorer les refus de soins auprès des médecins omnipraticiens parisiens exerçant en secteur 1 et 2. Malgré les taux très faibles de refus de ces derniers en secteur 1 - 1,6 % dans les 6 villes enquêtées du Val-de-Marne en 2005 -, il nous semblait important que ce résultat soit vérifié à une échelle plus importante et dans la capitale qui compte une proportion beaucoup plus faible de généralistes du secteur 1 que dans les autres départements.

D'autre part, nous avons choisi d'explorer les attitudes de différents médecins spécialistes. Tout d'abord, nous avons choisi de tester les gynécologues et les ophtalmologues pour plusieurs raisons. Il s'agit de spécialistes bénéficiant d'un accès direct spécifique, c'est à dire que les patients peuvent les consulter directement sans risquer de pénalités financières, contrairement aux autres spécialités (sauf les pédiatres et les psychiatres pour les jeunes de moins de 26 ans). Il s'agit également de deux spécialités dont l'accès est difficile avec des délais d'attente importants (plus importants en ophtalmologie) que nous espérions pouvoir mesurer. Ces spécialités sont aussi celles qui ont les taux les plus faibles de patients bénéficiaires de la CMUc (CASES, op. cit., BOISGUERIN, PICHETTI, op.cit.). D'autre part, dans ces deux spécialités, la répartition des médecins entre secteurs conventionnels montre un important déséquilibre, au bénéfice du secteur 2. Ce déséquilibre est en partie responsable de la surcharge de travail des praticiens qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires. Nous avons choisi la gynécologie médicale car en obstétrique, la gestion des rendez-vous est complexe, en articulation parfois avec les sages-femmes¹⁸ et les refus risquaient d'être difficiles à interpréter du fait de pratiques très diversifiées en termes de suivi de la grossesse.

Nous avons également étudié la radiologie parce qu'elle concerne un grand nombre de patients et que son accès résulte le plus souvent d'une orientation après prescription d'un médecin (recours secondaire). Elle permettait d'explorer les attitudes des médecins quand le patient est adressé par un confrère.

¹⁸ Dans certaines cliniques le premier rendez-vous est assuré exclusivement par des sages-femmes, ailleurs, le choix est laissé à la patiente (rapport DREES, DESPRES, NAIDITCH, 2005)

Critères et méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage et les tailles d'échantillons ont été choisies en tenant compte du niveau de précision souhaité des résultats. Nous désirions privilégier deux critères principaux de représentativité dans la constitution de l'échantillon :

- la spécialité du praticien (médecine générale, chirurgie-dentaire, ophtalmologie, gynécologie et radiologie) ;
- le secteur d'activité (secteur 1 vs secteur 2).¹⁹

L'opportunité d'introduire l'arrondissement parisien comme critère de représentativité a été rejetée. Tenir compte simultanément de ces 3 critères (spécialité, secteur, arrondissement) nécessitait des tailles d'échantillons trop importantes pour obtenir un niveau de précision satisfaisant et aurait posé des problèmes d'échantillonnage compte-tenu de la diversité de représentation des secteurs 1 et 2 dans les différents arrondissements parisiens.

Nous avons choisi d'appliquer une méthode de sélection par sondage aléatoire des praticiens (plutôt qu'une méthode par quotas), en particulier parce que, compte tenu du type d'enquête et de l'information à recueillir, on pouvait s'attendre à ce que les phénomènes de non-réponse soient marginaux.

L'échantillonnage a donc été réalisé par sondage stratifié à allocation optimale, les strates étant définies par la spécialité médicale et le secteur (1 ou 2) et les probabilités d'inclusion étant *a priori* différentes dans chaque strate.

Taille de l'échantillon à enquêter

Les tailles optimales d'échantillon à sélectionner ont donc été déterminées en fonction du niveau de précision souhaité dans la mesure du taux de refus pour les bénéficiaires de la CMUc et d'une valeur prévisionnelle de ce taux de refus dans chacune des strates définies. Cette valeur prévisionnelle a été calculée sur la base du testing réalisé en 2006 dans le Val-de-Marne, réévaluée en fonction des réalités parisiennes : notamment, nous nous attendions à un taux de refus parmi les médecins généralistes en secteur 1 un peu plus élevé que dans le

¹⁹ Pour les dentistes, il n'existe pas de distinction de secteur.

Val-de-Marne. Pour les radiologues, nous ne bénéficions d'aucune estimation préalable et avons tablé sur des taux proches de ceux des autres spécialités.

Un arbitrage entre un niveau de précision acceptable et des tailles d'échantillons « réalistes » a dû être effectué. Nous nous sommes ainsi contentés d'une précision à 0,10 de la mesure du taux de refus, qui nécessite un moins grand nombre de médecins enquêtés. Nous avons fait une exception pour les médecins généralistes de secteur 1 : ces derniers réalisant vraisemblablement beaucoup moins de discriminations à l'égard des patients CMU, nous devions choisir une précision de mesure plus fine pour s'assurer d'avoir une estimation du taux de refus significativement différente de 0.

Par ailleurs, après avoir calculé les tailles optimales d'échantillons de chaque strate compte tenu du niveau de précision requis et de l'hypothèse posée pour le taux de refus opposé aux bénéficiaires de la CMUc, nous avons pris une marge de sécurité supplémentaire (d'environ 10 %) pour anticiper les éventuelles déperditions entre l'échantillonnage réalisé et les mesures effectivement disponibles *in fine* : médecins non joignables (changement d'activité, déménagement, etc.) ou non-réponse.

In fine, l'échantillon total devait compter environ 900 médecins répartis comme suit dans le tableau 3.

Tableau 3 : taille de l'échantillon en fonction des strates

Strate	Spécialité	Secteur	Taux supposé de refus opposé aux CMUc	Précision de la mesure	Taille théorique d'échantillon ²⁰	Taille d'échantillon retenue ²¹
1	Médecins généralistes	Secteur 1	5%	0,035	130	150
2	Médecins généralistes	Secteur 2	20%	0,1	60	70
3	Dentistes	-	40%	0,1	92	100
4	Ophthalmologues	Secteur 1	30%	0,1	81	90
5	Ophthalmologues	Secteur 2	50%	0,1	96	105
6	Gynécologues	Secteur 1	30%	0,1	81	90
7	Gynécologues	Secteur 2	50%	0,1	96	105
8	Radiologues	Secteur 1	30%	0,1	81	90
9	Radiologues	Secteur 2	40%	0,1	92	100
	TOTAL					900

On pourra se reporter à l'annexe méthodologique 3 pour le détail des calculs et notamment de la relation entre taille optimale d'échantillon, taux supposé et précision de la mesure souhaitée.

Base de sondage

L'échantillonnage s'est effectué à partir du fichier Ameli de l'Assurance maladie disponible sur internet. Il s'agit de la liste des adresses et tarifs des professionnels de santé mise à disposition du public. Le tirage de l'échantillon a donc été réalisé sur 9 strates construites en fonction de l'activité du praticien, médecins omnipraticiens, dentistes, ophtalmologues, gynécologues, radiologues, et en fonction de leur secteur d'activité en ce qui concerne les médecins.

²⁰ Valeur directement calculable à partir du taux de refus supposé et de la précision souhaitée.

²¹ Taille d'échantillon augmentée d'une marge d'erreur (environ 10%) pour anticiper les éventuelles attritions.

Dans le fichier, figuraient les adresses et surtout les numéros de téléphone indispensables au testing ainsi que d'autres éléments permettant de caractériser les praticiens et constituant autant de variables à tester :

- le secteur de conventionnement pour les médecins ;
- l'arrondissement d'exercice ;
- le niveau de dépassement d'honoraires pour les secteurs 2 ;
- le mode d'activité (libéral intégral, temps partiel hospitalier, etc.) ;
- leur équipement ou non permettant la lecture de la carte vitale.

Le sexe ne figurait pas et a été reconstruit a posteriori par les prénoms. L'information manque quand le prénom est utilisé dans les deux sexes, type « Dominique » ou « Claude ».

Les modalités de réponse

Les réponses recueillies prennent diverses formes qui ont été recueillies et analysées quantitativement et qualitativement :

- refus de rendez-vous ou pas et les différentes modalités de refus (déguisé ou non) ;
- imputable ou non à la CMU ;
- causes avancées ;
- délai de rendez-vous s'il y a lieu ;
- proposition alternative quand il y a refus.

Nous avons également essayé d'analyser les circonstances qui pourraient influencer sur la réponse lors du testing :

- qualité de la personne qui répond : secrétariat sur place/à distance/professionnel lui-même ;
- personne qui appelle (quatre personnes différentes ont réalisé les appels).

Options méthodologiques

La grande majorité des réponses données à une demande de rendez-vous apparaît claire et sans ambiguïté, qu'il s'agisse des *oui* francs, sans réserve ou des *non* sans appel du type « *non, le docteur ne prend pas la CMU* ».

Cependant certaines réponses s'avèrent dans certains cas difficiles à classer. Les réponses sont parfois ambiguës et réclament une interprétation. Il a donc fallu opérer des choix de classement des réponses que nous allons expliciter. Nous avons plutôt opté pour les choix allant vers une sous-estimation des refus plutôt qu'une surestimation.

Les réponses ambiguës peuvent l'être tant du côté des *oui* que du côté des *non*.

Les réponses qui ont été interprétées comme positives (obtention d'un rendez-vous)

Elles concernent les échanges dans lesquels nous avons recueilli :

- une acceptation au cas par cas : le patient obtient un rendez-vous mais celui-ci apparaît comme une exception et non une position de principe ;
- *une acceptation dans un cadre spécifique*, le rendez-vous est donné mais dans des conditions qui diffèrent des conditions proposées aux autres patients/ il s'agit d'une forme de discrimination ;
- *une acceptation sous conditions* : dans la majorité des cas, l'accord est donné sous réserve que le patient soit inscrit dans le parcours de soins (qu'il ait un médecin traitant).

Nous avons choisi de considérer que cet ensemble de situations était classable dans les *oui* dans la mesure où, quelles que soient les conditions spécifiées, un rendez-vous est finalement donné. Nous n'avons pas inclus comme *acceptation sous condition*, les précautions prises pour sécuriser le paiement. Elles sont quasi-systématiques : il s'agit d'amener la carte vitale ou l'attestation ou les deux selon les praticiens.

Les réponses considérées comme négatives

Nous avons considéré que le refus d'appliquer le tiers payant était à classer comme un refus, tout comme le fait de proposer un rendez-vous sous réserve de l'application d'un dépassement.

Lorsque le praticien n'est pas joignable directement, nous avons laissé un message. Lorsqu'il ne répondait pas après un deuxième message, nous avons considéré que cela constituait un refus, qualifié comme *non imputable* à la CMU dans la mesure où nous avons choisi de ne pas parler dans le message de la CMU ni de suggérer une origine populaire.

Analyse statistique²²

Les taux de sondage réels

Le tableau ci-dessous représente les taux de sondage et le nombre de praticiens testés *effectivement* compte-tenu des personnes non contactées ou supprimées des fichiers pour des raisons diverses (comme par exemple les médecins ayant cessé leur activité à Paris).

Nous avons pu recueillir l'information sur la possibilité d'obtenir un rendez-vous presque dans tous les cas dès lors que nous avons un interlocuteur (et non un répondeur téléphonique). Pour les quelques cas où le secrétariat ne connaissait pas la réponse, il lui a été demandé de s'informer auprès du praticien.

Il faut noter que nous avons appelé l'ensemble des ophtalmologues et des gynécologues de secteur 1 dans la mesure où leur nombre était inférieur au nombre de praticiens nécessaire à l'obtention de la précision ciblée dans le cadre du tirage au sort. De même, nous avons cherché à joindre l'ensemble des radiologues : les taux de refus que nous avons anticipés – et surestimés (les radiologues n'avaient pas été testés lors de la dernière enquête) – conduisaient à interroger environ 150 praticiens dans chaque secteur, soit la totalité d'entre eux.

²² La première partie de l'analyse (descriptive) a été réalisée avec le logiciel SAS. Les régressions logistiques ont été faites sur Stata.

Tableau 4 : taux de sondage et praticiens appelés par strates

Catégorie de praticiens	Secteur	Nombre de praticiens par catégories	Taux de sondage réel
Dentistes	-	2591	0,0425
Omnipraticiens	S 1	1302	0,115
	S 2	1037	0,096
Ophtalmologues	S 1	61	1,00
	S 2	353	0,309
Gynécologues	S1	23	1,00
	S 2	200	0,525
Radiologues	S 1	137	1,00
	S 2	165	1,00

Compte-tenu des refus effectivement observés, la puissance obtenue a posteriori est apparue satisfaisante.

Il faut ajouter que nous avons interrogé *les omnipraticiens*, dans la mesure où le fichier utilisé ne donnait pas suffisamment d'informations sur leur activité précise (pas de distinction entre médecins généralistes et omnipraticiens). Ces omnipraticiens se divisent en deux catégories, les médecins généralistes et les médecins ayant un mode d'exercice particulier. Pour donner un ordre de grandeur, selon Eco-santé (SNIR 2007²³), les omnipraticiens sont au nombre de 1438 en secteur 1 et 1018 en secteur 2, et respectivement pour les médecins généralistes de 1154 et 630 à Paris intra-muros. Les données du fichier Ameli concernent l'ensemble des omnipraticiens, sans opérer de distinction sauf à singulariser quelques uns (acupuncteurs, homéopathes, etc.).

²³Le système national inter-régimes (SNIR) est un système d'information mis en place par la CNAMTS depuis 1977.

Description de l'échantillon

Le nombre d'appels

Le testing qui a été réalisé auprès de 868 praticiens a conduit à effectuer 1075 appels téléphoniques, du fait des deux protocoles mis en place. Dans ces appels, ne sont pas comptabilisés ceux qui concernent des praticiens qui n'ont pas pu être joints (changement d'activité, déménagement), ou qui ont été finalement rayés des listes pour des raisons diverses : praticiens hospitaliers plein temps, professionnels ayant une activité ne correspondant pas aux demandes des patients (quelques experts par exemple, numéros d'urgence type *SOS médecin*).

Par catégories de professionnels

Le tableau 5 présente le nombre de praticiens contactés par catégories et spécialités :

Catégories	Secteur	Non-joints	Nb contactés par catégories	Nb contactés par spécialités					
Dentistes	-	9	98	98	98				
Omnipraticiens	Secteur 1	19	131	217	770				
	Secteur 2	14	86						
Ophtalmologues	Secteur 1	5	55	154		770			
	Secteur 2	6	99						
Gynécologues	Secteur 1	0	23	125			770		
	Secteur 2	4	102						
Radiologues	Secteur 1	55	274	274				770	
	Secteur 2								
TOTAL		112	868	868					868

On peut remarquer le nombre plus élevé de professionnels non joints pour les omnipraticiens et les radiologues. On peut penser que la catégorie des omnipraticiens est plus instable. Certains d'entre eux ont déménagé ou arrêté leur activité clinique pour travailler dans d'autres

secteurs sans que le fichier n'ait été mis à jour. Pour les radiologues, au-delà des déménagements, cessations d'activité, quelques uns n'ont pas été contactés volontairement. En effet, il existe quelques très gros cabinets de radiologie regroupant un grand nombre de praticiens et nous ne pouvions indéfiniment rappeler le même numéro sans risquer de dévoiler la procédure de testing. Enfin, 16 d'entre eux sont des praticiens hospitaliers temps plein que nous avons choisi de supprimer des listes.

Nous avons fait de même pour l'ensemble des praticiens hospitaliers temps plein dans toutes les catégories. Ces quelques praticiens, le plus souvent des professeurs réalisent des consultations privées en sus de leur activité salariée hospitalière. Les pouvoirs publics ont fait le choix d'autoriser cette consultation privée à honoraires libres afin de les retenir à l'hôpital où les revenus sont moins intéressants que dans le privé, consultation qui toutefois représente une faible part de leur activité. Ne pas recevoir des bénéficiaires de la CMU reste illégal pour eux comme pour les autres mais nous les avons supprimés parce que nous avons également considéré qu'ils recevaient fréquemment des cas plus complexes, souvent adressés par des confrères.

Quelques uns avaient été néanmoins appelés avant de prendre la décision de les rayer de nos listes pour l'analyse, nous en parlerons dans l'analyse qualitative.

Nous avons également supprimé quelques praticiens pour lesquels des informations importantes manquaient : arrondissement et secteur d'activité (quelques radiologues pour la majeure part). Au total, ce sont donc 861 praticiens qui ont été retenus dans l'analyse.

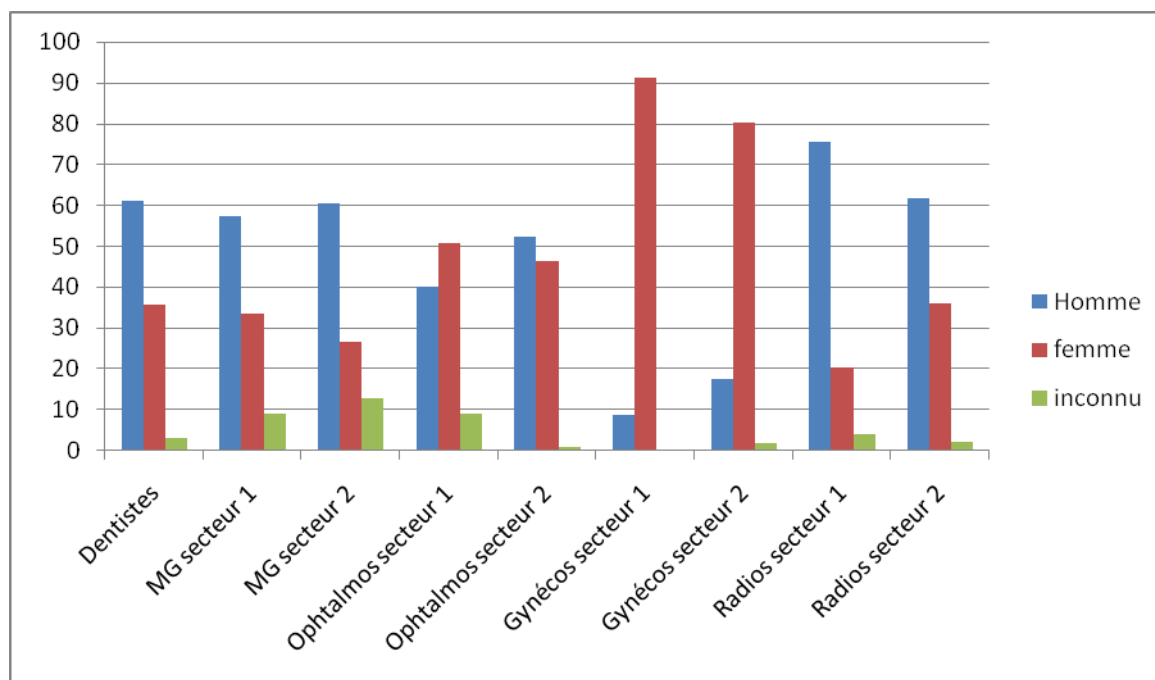
La structure de l'échantillon

La structure de l'échantillon figure en annexe 4, par strates et catégories de professionnels en fonction du sexe (tableau 4-1) et de l'arrondissement (tableau 4-2 et 4-3).

Les deux histogrammes suivants représentent ces mêmes répartitions²⁴ :

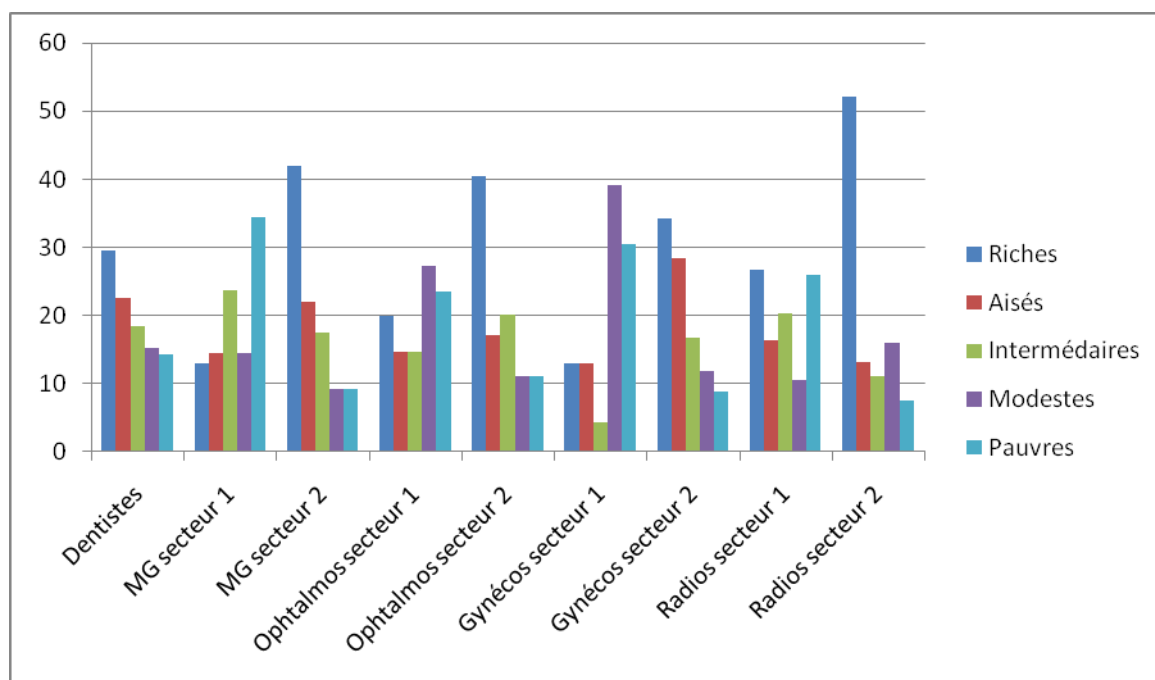
²⁴ Dans les tableaux « MG » représente les omnipraticiens

Histogramme 2 : Répartition des appels par strates en fonction du sexe



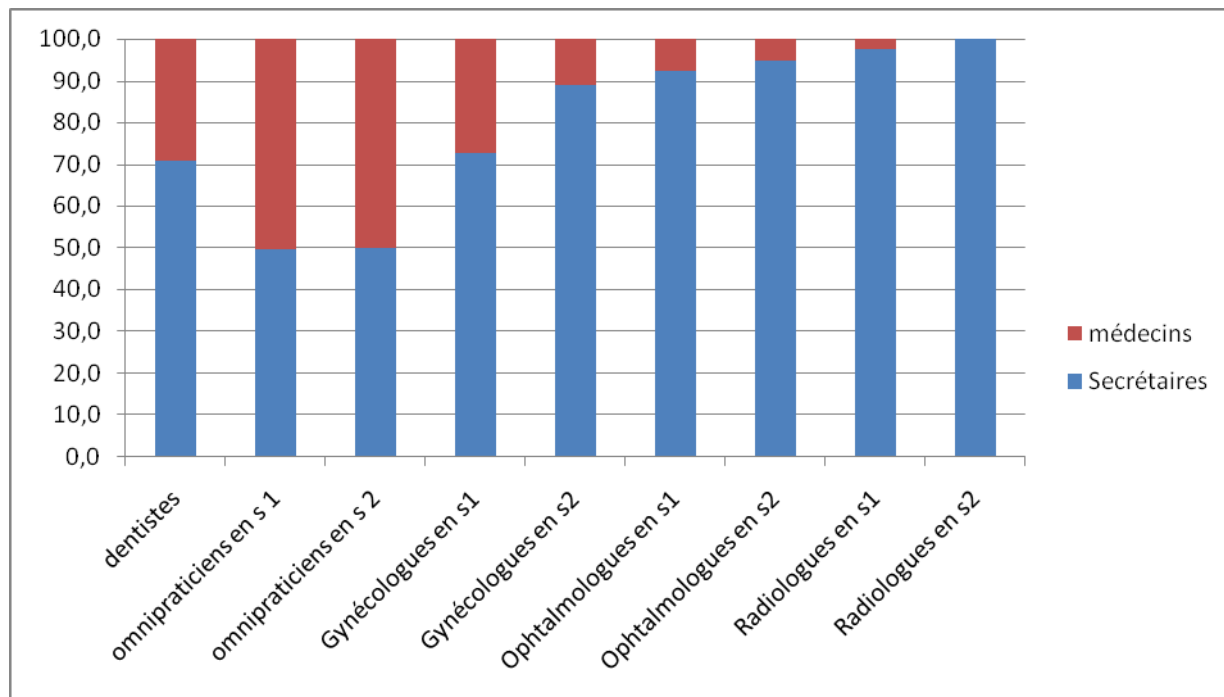
Dans l'histogramme suivant, les arrondissements sont regroupés sur le critère de revenus moyen des habitants par arrondissement (cf. aussi tableau 2.3 en annexe 2 sur les revenus moyens des parisiens par arrondissements).

Histogramme 3 : répartition des appels par strates en fonction de l'arrondissement



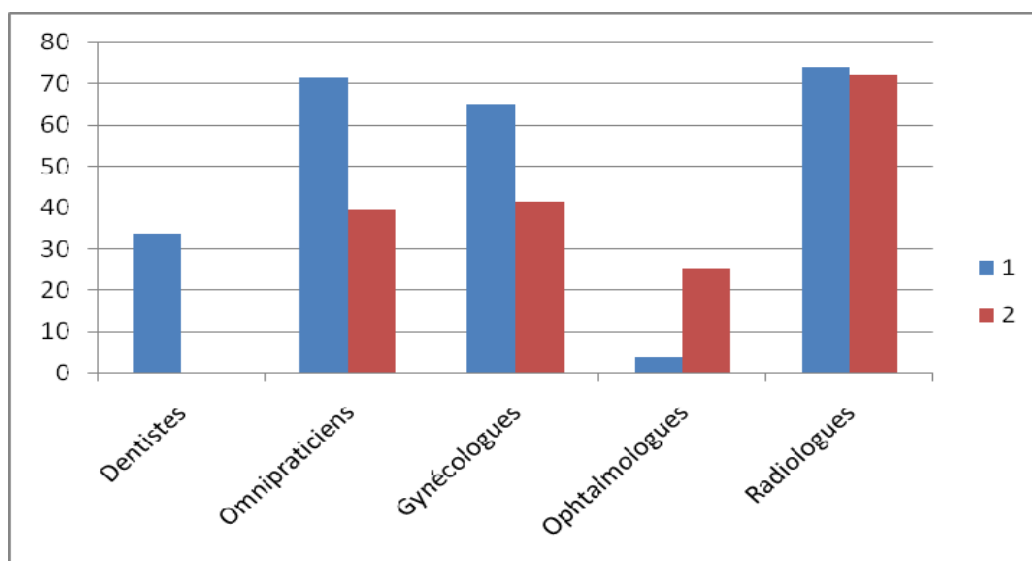
L'histogramme ci-dessous (tableau 4-4 en annexe 4) présente la répartition des personnes ayant répondu au téléphone. Nous avons observé lors du testing précédent de 2005 que quand le professionnel répondait lui-même, des négociations étaient possibles. Nous verrons dans l'analyse qualitative ce qu'il en est. C'est pourquoi nous avons choisi de distinguer les réponses émanant d'un secrétariat (qui a reçu des instructions ou qui s'informe le cas échéant) de celles où le praticien répond lui-même. On remarque que les réponses données par les secrétariats sont plus fréquentes chez les spécialistes versus les omnipraticiens. Elles sont également plus fréquentes chez les spécialistes de secteur 2 versus ceux de secteur 1. Précisons que le fait que le praticien réponde lui-même ne veut pas dire qu'il ne bénéficie pas d'un secrétariat, notamment quand les appels ont lieu en dehors des heures ouvrables ce qui a pu arriver occasionnellement.

Histogramme 4 : Répartition des appels en fonction des répondants (secrétaire/praticien) par strates



En annexe 4, figure également le tableau 4-5 représentant la répartition des appels par strates en fonction de l'équipement en carte vitale (acteur). L'histogramme illustre ces variations par catégories et secteurs. On peut voir que les taux d'équipement varient parfois du simple au double en fonction des secteurs.

Histogramme 5 : pourcentage de praticiens équipés par catégories et secteurs



Les réponses

Le tableau suivant représente la répartition des réponses dans le cadre du protocole de base.

Tableau 6 : distribution des réponses dans le protocole de base

Acceptation ou refus appel annonce	Type de réponses	Le refus est-il lié au fait que le patient soit à la CMU ?	Nombre	%
Acceptation	Oui sans ambiguïté	-	592	68,76
Acceptation	Oui sous conditions	-	29	3,37
Acceptation	Oui réduits	-	35	4,07
Refus	Non	Oui	166	19,28
Refus	Non	Non	37	4,30
Sans réponse	-	-	2	0,23
Total			861	100,00

Les délais de rendez-vous

Tableau 7 : délais de rendez-vous en jours par strates (sur les réponses informées)

	N ²⁵	IC Lower 95%	IC Upper 95%	Moy	Std Dev	Min	Max
Dentistes	55	5,49	8,98	7,24	6,45	0	28
Gynécologues secteur 1	17	10,73	37,74	24,24	26,27	0	66
Gynécologues secteur 2	45	14,79	25,30	20,04	17,48	1	65
Ophtalmologues sect1	40	7,42	17,13	12,28	15,18	0	56
Ophtalmologues sect 2	54	14,54	28,43	21,48	25,45	0	96
Radiologues secteur 1	94	3,91	5,80	4,85	4,61	0	27
Radiologues secteur 2	97	4,66	8,12	6,39	8,57	0	79
Généralistes secteur 1	98	0,95	4,21	2,58	8,14	0	76
Généralistes secteur 2	45	-1,63	28,83	13,60	50,71	0	336

Les délais de rendez-vous manquent dans plus d'une centaine de cas : il s'agit en grande majorité d'appels réalisés vers des cabinets de groupe en radiologie où nous avons l'information quant à l'absence de refus pour l'ensemble du cabinet mais une date de rendez-vous seulement pour le radiologue ciblé.

On peut noter les différences de délais pour chaque catégorie en fonction des secteurs 1 et 2. Chez les omnipraticiens dont une partie correspond à des médecins à exercice particulier, il pourrait révéler plus qu'une différence de tarif, des pratiques distinctes en lien avec leurs orientations particulières : phlébologie, médecine de nutrition, médecine esthétique, acupuncture, homéopathie, etc. En secteur 2, ces délais se rapprochent plus de ceux de leurs confrères spécialistes de secteur 2 tels que les ophtalmologues et les gynécologues.

²⁵ N : nombre d'appels concernés

Les taux de refus

Les taux de refus par catégories et secteurs

Les taux de refus sont d'abord décrits par strates (médecins versus dentistes, spécialités et secteurs). Dans la mesure où dans chaque strate, un taux de sondage différent a été appliqué, pour être en mesure de donner des résultats par catégories de professionnels, nous avons donc pondéré les résultats en fonction des taux de sondage (inverse du taux de sondage).

Le tableau 8 présente les taux de refus en fonction des catégories de praticiens et par secteurs.

Tableau 8 : taux de refus imputables à la CMU par strates en brut et pondérés en fonction des taux de sondage

		N praticiens contactés	N Refus non imputables (brut)	% Refus non imputables	N Refus imputables (brut)	% Refus imputables (brut)	% Refus imputables (pondérés)
Dentistes		98	6	6,12	31	31,6	31,6
Omnipraticiens	s. 1	131	4	3,05	12	9,2	19,4
	s. 2	86	5	5,81	28	32,6	
Ophtalmologues	s. 1	55	8	14,55	5	9,1	28,1
	s. 2	99	3	3,03	31	31,3	
Gynécologues	s. 1	23	2	8,70	4	17,4	38,1
	s. 2	102	11	10,78	41	40,2	
Radiologues	s. 1	123	0	0,00	5	4,1	5,2
	s. 2	144	1	0,69	9	6,3	
Ensemble		861	40	4,65	166	19,3	25,5

Taux de refus non imputables

On observe que les taux de refus non imputables à la CMU ne sont pas négligeables pour les ophtalmologues et gynécologues en secteur 1 peu nombreux à Paris (respectivement 60 et 23) et donc débordés. Certains d'entre eux sont amenés à refuser de nouveaux patients, quelque soit leur statut concernant la protection sociale.

Les gynécologues en secteur 2 sont également débordés et certains d'entre eux refusent toutes nouvelles patientes.

Taux de refus imputables

Contrairement à notre estimation initiale réalisée pour constituer l'échantillon, on constate un faible taux de refus chez les radiologues et ce dans les deux secteurs.

Par contre, le taux de refus chez les omnipraticiens de secteur 1 apparaît considérablement plus élevé que ce à quoi nous nous attendions. Rappelons que dans l'étude réalisée dans le Val-de-Marne, les refus étaient marginaux (1,6 %).

Les taux de refus des omnipraticiens de secteur 2 se rapprochent de celui des gynécologues et ophtalmologues de secteur 2.

Taux de refus en fonction de l'équipement pour la lecture de la carte vitale (CV)

Le tableau suivant représente les taux de refus en fonction de l'équipement des praticiens.

Tableau 9 : répartition des taux de refus en fonction de l'équipement des praticiens

Spécialité	Secteur	PS équipés CV	
		Non	Oui
Dentistes		39,3	19,4
Généralistes	1	20,0	4,6
	2	47,1	12,1
	Total	37,2	6,9
Radiologues	1	12,5	1,1
	2	17,5	1,0
	Total	15,3	1,0
Gynécologues	1	50,0	0,0
	2	52,5	23,8
	Total	52,4	20,1
Ophtalmologues	1	12,1	4,5
	2	32,4	28,0
	Total	30,0	23,0
Total		37,7	11,8

Le taux de refus de la CMU pour les dentistes qui n'acceptent pas la CV est près de 2 fois supérieur à celui des dentistes qui l'acceptent (39,3 % contre 19,4 %). Cet écart est particulièrement élevé pour les praticiens de secteur 1 : eg, le taux de refus varie de 1 à 5

parmi les généralistes selon qu'ils acceptent ou pas la CV ; les 15 gynécologues de secteur 1 équipés en lecteur de CV ont accepté de recevoir des bénéficiaires de la CMU tandis que 4 des 8 gynécologues de secteur 1 qui ne sont pas équipés ont opposé un refus, etc.

Les déterminants du refus

L'analyse des refus ne porte que sur les refus imputables à la CMU.

Présentation des régressions logistiques

La plupart des variables sont reliées entre elles, ce qui nous a amené à réaliser des régressions logistiques. On a vu que les répartitions des médecins entre arrondissements n'étaient pas homogènes et dépendaient des secteurs. Le ratio secrétariat/praticien dépend également de la catégorie professionnelle et du secteur. Même les acteurs n'ont pas travaillé de manière homogène en fonction des catégories professionnelles.

Pour analyser les déterminants du refus et comparer les taux de refus « toutes choses égales par ailleurs » entre les différentes catégories de praticiens, nous avons logiquement choisi d'utiliser un modèle dichotomique simple : le modèle logit, lequel présente l'avantage de faciliter l'interprétation des coefficients associés aux variables explicatives grâce aux *odds ratios* (ou *rapport des côtes*).

Nous présentons ici deux régressions, l'une portant sur les seuls omnipraticiens (la catégorie de praticiens dont la taille de l'échantillon est la plus grande) et l'autre portant sur l'ensemble des praticiens.

Outre, le cas échéant, la spécialité du praticien, les variables explicatives que nous avons utilisées sont son genre, son secteur de conventionnement, son équipement en lecteur de carte vitale et le logarithme du revenu moyen par foyer fiscal de l'arrondissement d'exercice.

Cette dernière variable est un indicateur du « coût » (économique, social) que peut constituer l'acceptation de la CMU pour un praticien. En effet, plus le revenu moyen de l'arrondissement est élevé, plus le loyer du praticien et sans doute le montant des dépassements du praticien le sont (et donc plus le manque à gagner lié aux tarifs de la CMUc est important), mais aussi, plus la clientèle du praticien est aisée, plus il peut craindre l'effet

« repoussoir » de la venue dans sa salle d'attente de personnes de classes sociales différentes (coût « social »)

Tableau 10 : régression logistique du taux de refus par les omnipraticiens (Odds ratio)

Variable expliquée :	Refus de la CMU
Genre = masculin	0.470 (0.23)
PS équipé CV	0.210*** (0.10)
Log du rev. moy. de l'arrond.	7.701*** (3.87)
PS en secteur 2	2.573** (1.24)
Constant	0.000205*** (0.00040)
Observations	184
Pseudo R2	0.307
chi2	55.93
df_m	4
Log likelihood	-62.99

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Toutes choses égales par ailleurs, un omnipraticien équipé d'un lecteur de CV à 5 fois moins de chances (1-0,21=79%) de refuser un bénéficiaire de la CMU qu'un omnipraticien qui n'en est pas équipé, tandis qu'un omnipraticien en secteur 2 a 2,5 fois plus de chances de le refuser (2,57-1=157%).

Pour tester la robustesse de notre modèle nous avons estimé plusieurs autres modèles dont les résultats sont reportés dans l'annexe 5.

Nous avons testé s'il existait un effet « appelant » : il apparaît que le taux de refus obtenu par Jean-Paul est significativement plus élevé que celui obtenu par l'acteur Christian²⁶ (colonne 2). Cependant les coefficients de la régression ne sont pas très différents de ceux de la régression ci-dessus. L'effet « appelant » apparaît donc limité (et il peut provenir simplement

²⁶ Nous avons réduit l'échantillon à ces 2 appelants principaux pour les omnipraticiens, d'où le nombre réduit d'observations, 169 contre 184.

d'une corrélation entre l'appelant et des caractéristiques inobservées des praticiens appelés – par exemple les modes d'exercice particulier).

Nous avons aussi remplacé la variable de contrôle de l'environnement (le logarithme du revenu moyen de l'arrondissement) par des variables indicatrices correspondant à des regroupements d'arrondissements (colonne 3).

Dans les colonnes 4 et 5 de ce tableau d'annexe, nous avons vérifié successivement si la prise en compte des poids (normalisés) et de la stratification (écart-type linéarisé selon la méthode de Taylor) ne modifie pas les résultats. Enfin, nous avons testés une modélisation alternative (le probit)²⁷.

²⁷ La régression logistique repose sur l'hypothèse que les résidus de l'équation suivent une loi logistique tandis que le modèle probit repose sur l'hypothèse que les résidus de l'équation suivent une loi normale centrée réduite. Les fonctions de répartition de ces deux lois sont extrêmement proches, et les modèles probit et logit donnent généralement des résultats relativement similaires.

Tableau 10 : régression logistique du taux de refus sur l'ensemble des praticiens

Variable expliquée :	Refus de la CMU	
	(1)	(2)
Dentistes	4.882*** (1.96)	2.674** (1.13)
Généralistes, secteur 2	5.587*** (2.30)	3.067** (1.34)
Radiologues, secteur 1	0.447 (0.25)	0.363* (0.21)
Radiologues, secteur 2	0.617 (0.30)	0.414* (0.21)
Gynécologues, secteur 1	2.126 (1.37)	2.199 (1.50)
Gynécologues, secteur 2	6.847*** (2.67)	4.227*** (1.78)
Ophtalmologues, secteur 1	0.878 (0.54)	0.506 (0.32)
Ophtalmologues, secteur 2	4.673*** (1.85)	2.127* (0.90)
Genre = masculin		1.016 (0.22)
PS équipé CV		0.272*** (0.063)
Log du rev. moy. de l'arrond.		2.528*** (0.56)
Constant	0.0990*** (0.033)	0.00769*** (0.0070)
Observations	800	800
Pseudo R2	0.139	0.217
chi2	110.0	171.8
df_m	8	11
Log likelihood	-341.1	-310.2

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

La première colonne correspond à un test simple du taux de refus des différentes catégories de professionnels (PS) en fonction de la spécialité et du secteur contre celui des omnipraticiens de secteur 1 (la référence) tandis que la seconde colonne est une estimation de notre modèle avec les variables explicatives déjà détaillées.

Comme précédemment, pour tester la robustesse de notre modèle nous avons estimé plusieurs autres modèles dont les résultats sont reportés dans l'annexe.

Synthèse sur les variables analysées

Les acteurs

Nous avons donc observé que l'acteur jouant le rôle de **Jean-Paul** avait moins de probabilité de susciter des refus que ces collègues.

Le répondant

L'analyse ne permet pas d'établir de lien entre le refus et la qualité de la personne qui répond. La personne qui répond n'influe pas sur le taux de refus. Si un espace de négociation lorsque le médecin répond lui-même est possible, il reste marginal et les praticiens restent cohérents avec les directives qu'ils donnent à leur secrétariat.

Le secteur

Si on compare entre elles les différentes catégories de professionnels, en prenant comme référence l'omnipraticien de secteur 1, on voit que les dentistes, les gynécologues et les ophtalmologues de secteur 2 refusent significativement plus souvent que les omnipraticiens de secteur 1. A l'inverse, les radiologues des deux secteurs refusent significativement moins fréquemment que les omnipraticiens de secteur 1. On n'observe pas de lien significatif entre les omnipraticiens secteur 1 et leurs confrères du même secteur, ophtalmologues ou gynécologues.

Le regroupement des arrondissements parisiens

L'idée était de tester comme nous l'avons déjà suggéré les effets d'environnements différenciés sur les attitudes des praticiens. Plusieurs modalités de classement ou de regroupement pouvaient être envisagées en fonction des données dont nous disposons par arrondissement : revenus moyens des habitants, pourcentage de revenus non imposables, etc.

L'analyse des taux de refus en fonction des pourcentages de revenus non imposables par arrondissement, ne fait apparaître aucune différence entre arrondissements alors qu'il en apparaît quand on considère les revenus moyens des habitants. On peut supposer que le pourcentage de revenus non imposable est un indicateur trop large pour être pertinent en termes de refus de soins.

On observe également des différences significatives entre arrondissements en les regroupant en 5 classes construites sur la base des revenus moyens des habitants/ par arrondissement (cf.

tableau 3-3). On distingue ainsi les arrondissements riches, aisés, intermédiaires, modestes et pauvres. Si l'on prend les arrondissements pauvres comme référence la probabilité de refus apparaît significativement très élevée pour les arrondissements riches et intermédiaires. Elle reste significative mais à un moindre degré pour les arrondissements aisés.

Le sexe du praticien

Le sexe du praticien n'influe pas sur les réponses.

La carte vitale

Le fait que le praticien soit équipé d'un système permettant la lecture de la carte vitale joue un rôle que nous avons signalé.

Analyse qualitative des échanges

Les interlocuteurs

Les réponses données lors d'une prise de rendez-vous le sont par des secrétaires ou les professionnels eux-mêmes, en dehors de quelques cas marginaux (membre de la famille qui répond). L'analyse quantitative montre que ce sont majoritairement des secrétaires qui répondent (en moyenne pour plus de 80 % des professionnels testés).

Les secrétaires peuvent être présents(es) au sein du cabinet de consultation ou il peut s'agir de secrétariat téléphonique à distance. Quelle que soit leur situation, il apparaît que dans la très grande majorité des échanges téléphoniques, les secrétariats ont des consignes claires quant à l'attitude à avoir face à une demande de rendez-vous par des bénéficiaires de la CMUc. Ceci plaide en faveur de notre hypothèse de départ qui consiste à penser que fréquemment les bénéficiaires de la CMU l'annoncent au téléphone lors de la prise de rendez-vous puisque dans l'immense majorité des cas, les secrétariats fournissent une réponse immédiate ; il y a donc anticipation de ce type de situations.

Dans de rares cas, ils déclarent ne pas détenir l'information, soit parce qu'ils sont nouveaux soit parce que le praticien n'a pas laissé de consignes. Ce dernier cas se présente presque exclusivement chez les praticiens de secteur 2 dans les quartiers riches tels que le 7^e ou le 16^e arrondissement où les demandes sont plus rares, voire exceptionnelles. Enfin, dans une dizaine de cas, le secrétariat propose que le praticien rappelle : en effet, certains praticiens gèrent eux-mêmes les prises de rendez-vous avec les bénéficiaires de la CMU.

Quand il s'agit d'un secrétariat, il existe peu de marge de négociation et les secrétaires qui ont des instructions en rendent compte quelque soit leur état d'âme et leurs idées sur la question, d'autant plus qu'il s'agit d'un secrétariat téléphonique à distance. Elles ont dans ce cas peu de connaissances sur le médecin, ses pratiques, ses valeurs ; elles disposent uniquement de le plus souvent des directives claires, parfois l'expérience des réponses dans des situations similaires. En cas de doute, la réponse est différée, le temps d'en référer au praticien.

La qualité de l'interaction, les réponses données (sur la pathologie, l'urgence, les alternatives) influent sur le fait de donner ou de refuser un rendez-vous. Elles interviennent en seconde partie de l'échange. Des négociations apparaissent possibles, elles intéressent les praticiens

qui n'opposent pas d'emblée un refus ferme et définitif comme nous allons le voir plus loin qui d'emblée laissent une ouverture dans leur manière de s'exprimer : « En principe, non », « ça dépend », etc. Elles révèlent une gestion au cas par cas pour ce type de praticiens.

Prenons deux exemples pour illustrer notre propos :

Le médecin gynécologue répond lui-même (19^{ème}). Elle propose à la patiente d'aller à la PMI mais sur l'insistance de celle-ci, elle finit par accepter (appel le 12 décembre, rendez-vous pour le 8 janvier).

Dans cet autre exemple, il s'agit d'un dentiste :

- La CMU ? Normalement non. C'est pas pour le principe. On a très peu de patients qui ont la CMU. On nous le demande jamais. Mais, venez quand même !

Analyse des échanges : le scénario avec annonce

Les types de réponses

Le nombre de réponses positives est de 658, dont 595 sont des réponses sans condition.

Les oui *conditionnels* sont au nombre de 29 et correspondent à des réponses qui dépendent de certaines conditions : dans la majorité des cas, c'est un accord si le patient a un médecin traitant et un refus le cas échéant.

Dans quelques cas, il s'agit d'une gestion au cas par cas du type : « *en principe non mais venez quand même.* »

Ce que nous avons appelé les oui *réduits* correspondent à des situations où les conditions proposées au bénéficiaire de la CMU ne sont pas les mêmes que pour les autres patients. Le rendez-vous ne concerne que les patients de l'arrondissement, ou uniquement en consultation libre (sans rendez-vous) ou pour des soins basiques avec refus de pratiquer une spécialité (acupuncture, homéopathie) ou encore sur certains créneaux horaires. Ils sont au nombre de 34.

Rappelons que ces modalités de oui ont été recodées comme des oui pour l'analyse statistique.

Les refus non liés à la CMU

En gynécologie médicale, les professionnels pour leur grande majorité apparaissent débordés ce dont témoignent les délais de rendez-vous très longs dans les deux secteurs. Ils le sont d'autant plus en secteur 1 que le nombre de praticiens est très faible et que les refus sont importants en secteur 2 pour les bénéficiaires de la CMU (40,2 %) constituant un obstacle aux soins et entraînant des effets de report. Un autre facteur entre en ligne de compte, la profession semble en très sensible déclin, avec une réduction progressive du nombre de gynécologues médicaux formés chaque année. La surcharge des consultations n'affecte donc pas seulement le secteur 1 mais aussi le secteur 2. De ce fait, quelques uns d'entre eux en viennent à refuser de nouvelles patientes à moins d'une recommandation (d'un confrère ou d'une autre patiente). Cela leur permet d'éviter d'allonger trop les délais de rendez-vous. C'est donc fréquemment ce critère qui prévaut et non la question de la CMU.

En ophtalmologie, le problème est à peu près similaire bien qu'à un moindre degré.

Il faut signaler que nous avons codé comme refus non liés à la CMU, des cas où l'on tombait sur une messagerie et où le praticien ne rappelait pas après deux tentatives.

Quelques cas concernent des praticiens absents pour une période plus ou moins prolongée ou encore de praticiens ayant cessé leur activité pour cause de départs à la retraite, reconversion professionnelle.

Il s'agit également des praticiens qui proposent des soins non pris en charge dans le panier de biens pour la CMU complémentaire et pour lesquels nous avons donc confirmé qu'il ne s'agissait pas d'un alibi.

Les refus déguisés

Si les agendas surchargés représentent un véritable problème pour une partie des praticiens libéraux, ils peuvent aussi constituer un alibi. L'un d'entre eux invoque le manque de place, dont il n'est plus question cinq minutes plus tard quand un patient rappelle dans le cadre du scénario « *ordinaire* ». De même, un omnipraticien qui explique qu'il est spécialiste du dos alors que lors du second appel un rendez-vous est accordé pour le jour même sans chercher à préciser la demande clinique. Ces refus déguisés sont apparus peu nombreux et ce chiffre à moins d'une dizaine sur l'ensemble des refus.

Les modulations dans les réponses

L'analyse des refus permet de distinguer différentes tonalités et modalités de refus. L'analyse des tonalités est difficile, subjective, par contre, les modalités différenciées sont révélatrices de valeurs ou de positionnements à l'égard de la loi et/ou ses bénéficiaires.

Les manières de dire non

Nous avons observé des modalités distinctes de refuser :

- refus avec justification ;
- proposition alternative, délivrance d'adresses ou de numéros de téléphone ;
- refus sans justification, l'interlocuteur raccroche brutalement.

La tonalité de la réponse peut être parfois brutale, voire agressive, sans appel : « *Non, je ne prends pas. Je ne peux pas vous parler, je suis en consultation* ». Le plus souvent, le médecin raccroche après quelques mots d'excuse. Cette violence contenue dans les réponses est retrouvée quand ce sont les praticiens eux-mêmes qui répondent.

Un médecin explique : « *je prends pas ça !* » Le *ça* renvoie à une forme de dénigrement ou de mise à distance d'un dispositif auquel il n'adhère pas.

Un autre :

- *Comment avez-vous trouvé mon numéro ?*
- *Sur le bottin.*
- *Bien essayez la ligne suivante !*

La violence est parfois contenue dans le manque de consistance des arguments face à des personnes en situation de précarité :

- *Vous prenez la CMU ?*
- *Je vous la fais payer au prix du remboursement.*
- *Ah...*
- *Les papiers, ça me fatigue.* (médecin généraliste, secteur 2/ 6^{ème})

Si certains professionnels ne cherchent pas à se justifier et raccrochent rapidement, à l'inverse, d'autres accompagnent le refus de propositions alternatives, de réorientations le plus souvent vers un dispensaire du quartier, un hôpital, parfois une structure humanitaire.

Comme en témoignent les échanges (donc quand le praticien répond lui-même), les médecins éprouvent de véritables difficultés à dire non. Les formulations sont vagues de type « *c'est pas possible* », évitant le « je » et renvoyant à des causes obscures qui seraient indépendantes de leur volonté.

- *Je ne pense pas.*
- *Ah ! vous ne pensez pas ?*
- *Non, je ne prends pas.*

On peut également retrouver une euphémisation de la part de secrétaires, probablement peu à l'aise avec les refus ce qui va amener à des tentatives d'éviction en invoquant les délais de rendez-vous.

- *La CMU ?*
- *Difficilement parce qu'il a des honoraires très élevés.*
- *Oui mais avec la CMU on ne paye pas...*
- *Il consulte très peu. ça ne sera pas avant avril.*
- *Oui... Vous pensez qu'il va pouvoir me recevoir.*
- *Il est consultant, il a des honoraires très élevés. donc il faut que je lui pose la question. (professeur d'ophtalmologie)*

Les modalités d'acceptation

De la même manière que nous avons relevé des modalités différenciées de refus, nous avons pu observer une hiérarchie dans les modalités d'acceptation.

Le plus souvent, les réponses positives sont de la part du secrétariat de l'ordre de : « *oui, il (elle) prend !* » ou « *il n'y a pas de problèmes* ». Presque systématiquement, elles sont accompagnées d'une démarche de sécurisation du paiement : le secrétariat ou le praticien

précise de bien apporter la carte vitale ou l'attestation papier ou les deux. Certains demandent une enveloppe timbrée.

Parfois, elles font l'objet d'une attitude positive de la part de praticiens qui se positionnent vis-à-vis de leurs confrères qui refusent : « *c'est normal, c'est la loi !* », « *vous êtes les bienvenus* », « *ça serait une honte de refuser. C'est interdit* » ou encore cette réponse concernant le secrétariat d'un dentiste, « *on ne choisit pas nos patients, on prend ceux qui ont mal !* ».

Certains échanges révèlent à l'inverse une certaine réserve des médecins sans qu'on puisse aller plus loin. Parfois, il peut s'agir d'une simple hésitation avant de donner la réponse. Dans cet échange, elle est un peu plus manifeste (médecin généraliste, secteur 1, 14^{ème}) :

- *Vous prenez la CMU ?*
- *Ben... Moui. Je vais vous la prendre. Vous amenez votre attestation.*

Parfois les attitudes sont moins neutres, rendant compte d'un positionnement vis-à-vis de la loi quand le médecin répond : « *ça m'arrange pas !* », « *on a pas le choix* » (radiologue), « *la CMU, je cours pas après !* » (omnipraticien), propos qui peuvent être vécus comme une forme de violence pour des patients fragilisés par la maladie. Quelquefois, il est juste fait référence à la loi qu'il faut appliquer, suggérant néanmoins un certain manque d'enthousiasme.

Les mots employés suggèrent une gestion au cas par cas comme dans cette formulation : « *je vais **vous** la prendre* ». Un certain nombre d'acceptations s'inscrivent dans cette logique de gestion au cas par cas : « *je prends de temps en temps* », « *ça m'arrive* ».

Cette position peut être relayée par les secrétariats : « *il prend de temps en temps* », « *elle prend pas toujours, quelquefois..., je peux lui demander.* »

Il s'agit alors de s'enquérir auprès du médecin de sa réponse : on a le sentiment alors que la réponse dépend de la surcharge et de la disponibilité du praticien. Parfois d'ailleurs, certains proposent de rappeler plus tard (un mois plus tard par exemple).

Parfois, la gestion des rendez-vous avec des bénéficiaires de la CMU est dévolue au médecin lui-même à l'opposé des pratiques d'usage pour les autres patients (médecin généraliste en secteur 2) :

- *Est-ce que le docteur prend bien la CMU ?*

- *Oui mais je ne peux pas vous donner un rendez-vous, il va vous appeler pour fixer le rendez-vous.*

- *Pourquoi ?*

- *Les rendez-vous de CMU, c'est le docteur qui les fixe lui-même.*

Dans ce cas, le conditionnement du rendez-vous passe par un échange avec le médecin. Il s'agit alors pour lui dans bien des cas d'analyser la situation (sociale) du patient ou plus souvent dans la logique médicale son besoin de soins. Dans le premier cas, cela renvoie à l'idée du pauvre qui doit être méritant pour bénéficier d'une aide ; dans le second cas, c'est le type de soins et le besoin qui restent déterminants.

- *Vous prenez la CMU ?*

- *C'est pas facile de se faire payer mais quand c'est nécessaire, je le fais.*

L'appel dans un cabinet de radiologie pour une échographie pelvienne illustre bien l'idée qu'il faut être un bon pauvre pour avoir plus de chances d'être accepté, un bon pauvre étant d'abord respectueux du professionnel. Solliciter un rendez-vous s'inscrit dans une demande d'aide et non un droit, du point de vue de certains professionnels.

La secrétaire répond qu'elle doit demander au médecin parce que tous les radiologues n'acceptent pas la CMU dans le cabinet. Le médecin prend lui-même la communication, procède à un interrogatoire clinique poussé puis face à l'attitude humble du patient répond :

- *J'accepte quand on me le demande gentiment et qu'on me prévient avant.*

Cet autre radiologue semble relativement ambivalent :

- *Vous prenez la CMU ?*

- *Ça dépend dans quelles circonstances. Mais oui on prend bien sûr.*

- *Je prends des dépassements, c'est pas le même tarif. Bon... A priori, il n'y a pas de problème.*

Puis il demande pour quelles raisons, il est demandé cet examen, quel docteur l'a prescrit. Il explique enfin qu'il prend plutôt les gens hospitalisés (appel dans une clinique). Le patient finit par abandonner ce qui aurait pour effet de pousser le médecin dans ses retranchements ; il finit par accepter :

- *Je ne veux pas vous embêter...*

- *Mais vous ne m'embêtez pas, je vais vous recevoir.*

Ce flou dans le positionnement du médecin peut persister et pour cet autre médecin, la prise en charge des soins fera l'objet d'une évaluation lors de la consultation (MG, Secteur 1, 13^{ème}) :

- *Vous prenez la CMU ?*

- *Ça dépend. Parfois. Venez, on verra, on en discutera. (...) ça dépend quelles maladies.*

Au-delà de la gestion au cas par cas, il pourrait s'agir de gérer un pool restreint de bénéficiaires de la CMU. Elle peut même faire l'objet de véritables quotas comme le suggère cet exemple (appel en décembre d'un gynécologue secteur 2, dans le 16^{ème}) : « *Non, pas avant février. Elle a déjà deux patients.* » ou cet autre : « *il faut que je vérifie qu'il n'y a pas d'autres CMU.* » (ophtalmologue en secteur 1, 14^e). La secrétaire d'un ophtalmologue en secteur 2 également installé dans le 14^e arrondissement propose un rendez-vous beaucoup plus rapide si le patient paye 60 euros, ce qui va également dans le sens de quotas.

Cet omnipraticien manifeste une réticence explicite (acupuncteur, secteur 2, 8^e) :

- *Vous prenez la CMU ?*

- *Oui, quand je ne peux pas faire autrement. Il faut la carte.*

- *Oui, bien-sûr.*

- *Il y en a qui viennent seulement avec l'attestation. Et pas la carte. Je vous ferai ça exceptionnellement.*

Nous avons déjà rencontré des situations équivalentes lors du dernier testing qui rendaient compte de tentatives de la part de certains médecins ou dentistes d'éviter que cette catégorie de patients s'inscrive dans le cadre d'une relation durable. La consultation revêt alors un caractère d'exception. C'est une manière de contourner l'esprit de la loi : ces professionnels

ne refusent pas de recevoir mais ils le font dans des conditions qui permettent de décourager le patient de revenir, notamment en donnant une connotation charitable à cette consultation. L'exemple suivant va dans le même sens (MG, secteur 2) :

- *Vous prenez la CMU ?*
- *Je peux vous dépanner.*
- *Vous avez un médecin traitant ?*
- *Non mais vous pourriez l'être ?*
- *Je ne prends pas de nouveau.*
- *Alors je viens avec la carte ?*
- *En général, je le fais gratuitement, comme ça.*

Les propositions alternatives

Comme nous l'avons signalé une partie des praticiens qui refuse (ou leur secrétariat) fait spontanément des propositions alternatives.

Quelquefois, le médecin reçoit à l'hôpital lui-même : ce sont essentiellement les gynécologues ou les ophtalmologues qui sont concernés. Cette alternative constitue un compromis et pourrait ne pas constituer un refus aux yeux des dits professionnels. Nous les avons considérés comme des refus dans la mesure où ils sont contraires à l'esprit de la loi qui s'inscrit dans les lois contre l'exclusion et vise notamment à réinscrire les personnes précaires dans les structures de droit commun, incluant les cabinets en pratique dite libérale. On peut considérer qu'il s'agit d'une forme de discrimination puisque, dans cette logique, les hôpitaux seraient un lieu pour recevoir les pauvres, et les autres patients seraient reçus au cabinet de ville. Cela pourrait être lié aux préjugés attribués aux bénéficiaires de la CMU. Certains pourraient craindre de voir arriver dans leur salle d'attente des « grands » pauvres qui porteraient sur eux les attributs de la pauvreté (figure du SDF) qui comme on le sait par ailleurs, ne fréquentent pas les cabinets privés (DESPRES, 2005 ; BENOIST, 2008). D'autres voudraient éviter simplement la mixité sociale au sein de leurs cabinets « ultra chics ».

Cette attitude relève de représentations d'un secteur public ayant pour mission de s'occuper des populations démunies, vulnérables et d'un secteur qui serait libéral et dévolu aux

personnes solvables. Les professionnels pourraient ainsi cloisonner leur temps entre un temps « public », charitable et une activité libérale lucrative.

En dehors des praticiens ayant une double activité et qui se partagent entre secteurs public et privé, les autres renvoient les bénéficiaires de la CMU vers le secteur public, dispensaire ou hôpitaux le plus souvent. C'est aussi une manière de se défausser en restant en accord avec le code de déontologie : un refus en dehors de l'urgence avec orientation du patient. Cette orientation est le plus souvent plus théorique que réelle, de l'ordre de « *allez à l'hôpital !* », « *essayez plutôt un dispensaire* ». Il est fréquent aussi que les médecins de secteur 2 renvoient sur leurs confrères du secteur 1, de manière générale ou en donnant un nom précis (le praticien ainsi désigné est-il au courant ?). C'est le cas par exemple de ce médecin généraliste en secteur 2 (15^{ème}) :

- *J'ai la CMU.*
- *Ça marche pas votre carte. Je vais vous donner une autre adresse en secteur 1.*
- *Je lui dis que j'appelle de votre part ?*
- *Heu... non, je ne la connais pas trop.*
- *Je lui dis que c'est parce qu'elle n'est pas chère.*
- *Non, vous ne pouvez pas lui dire ça.*

Certains praticiens peuvent passer véritablement du temps pour délivrer les informations et accompagner le patient dans cette démarche. Dans le cadre de l'interaction, un mot de remerciement sur le temps passé, la gentillesse... peut amener certains à changer d'avis : « *appelez moi si vous ne trouvez pas...* ».

Les discours de justification

Fréquemment les praticiens justifient leur attitude de refus, même s'il ne leur est rien demandé ce qui en soit suggère un certain sentiment de malaise. La raison la plus souvent invoquée est la lourdeur administrative. La perte économique, si elle n'est pas évoquée explicitement découle des discours prononcés.

Les contraintes administratives

Les contraintes administratives concernent surtout les professionnels qui ne sont pas informatisés et doivent rédiger des feuilles et les envoyer eux-mêmes. : « *elle a pas l'appareil !* » (gynécologue, secteur 2/ 5^e arrondissement), « *j'ai pas le matériel.* » (médecin généraliste secteur 1), « *ça fait de la paperasse* » (ophtalmologue secteur 1, 15^e), « *Ça fait beaucoup de papiers, elle n'est pas équipée* » (secrétaire d'un ophtalmologue, secteur 2, 7^e), « *elle a énormément de travail... et elle a des déboires avec la CMU* » (secrétaire d'un ophtalmologue, 7^e, secteur 2), « *ils ont pas la structure pour recevoir ce type de ... de papiers* », « *on n'est pas équipé, on a pas le terminal* ».

La logique économique

Du côté de l'argumentation économique, les choses sont donc seulement suggérées. Le plus souvent, une secrétaire explique que le médecin applique des dépassements d'honoraires ou qu'il est en secteur 2. Parfois le rappel du tarif de la consultation semble suffire à leurs yeux comme explication. « *Non, il la prend pas parce que les honoraires sont à environ 90/100 euros.* » (ophtalmologue en secteur 2, 8^e), « *Il prend pas parce qu'il a des honoraires élevés* » (ophtalmologue, arrondissement du centre²⁸).

Certains laissent entendre que les bénéficiaires de la CMU n'ont pas accès au secteur 2 ce que probablement de nombreux acteurs sociaux pensent être exact.

- *Non, elle est en secteur 2.*

- *Ah ! parce que la CMU, c'est que les secteurs 1 ?*

- *Oui.*

Un spécialiste qui répond lui-même au téléphone explique : « *Je suis professeur* », un autre « *je suis enseignant à la fac et professeur* », comme si ce statut les épargnait de respecter la loi.

²⁸ Nous n'avons pas plus précisé l'arrondissement dans la mesure où les ophtalmologues sont peu nombreux dans les arrondissements du centre et que nous voulions préserver leur anonymat.

Le parcours de soins

Une partie des refus est justifiée par l'absence supposée de remboursements quand le bénéficiaire de la CMU n'est pas inscrit dans le parcours de soins. Lors de la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie, le médecin n'était pas toujours remboursé intégralement alors qu'il avait appliqué le tiers payant intégral.

Ainsi cet omnipraticien (secteur 1, 19^e arrondissement) :

- Il faut aller voir votre médecin traitant, sinon la sécu me paie pas !

Ou cet autre médecin :

- Vous prenez la CMU ?

- Si vous avez déclaré un médecin traitant, sinon, c'est non ! c'est partout pareil parce que la sécu ne rembourse plus. C'est la loi, c'est obligatoire.

Un autre (médecin généraliste, secteur 1, 8^e):

- Non, je ne prends pas la CMU parce que je suis remboursé une fois sur deux par la sécu. Contacter un médecin de votre quartier. Si je ne suis pas votre médecin traitant, je ne suis pas remboursé.

Cet autre médecin généraliste accepte de recevoir le patient (secteur 2, 19^e) mais commente :

- La loi vous impose d'avoir un médecin traitant. Je ne prends pas de nouveaux patients, je vous reçois en dépannage. On est payé aux 2/3, on est pénalisé. Il serait souhaitable que vous ayez un médecin traitant, je vous le dis.

Les arguments donnés pourraient constituer simplement des tentatives d'éviction dans la mesure où dans les textes, le médecin est remboursé intégralement pour les patients ayant la CMU, même s'ils ne sont pas dans le parcours de soins (avenant n° 21 de la convention médicale²⁹). Un médecin généraliste qui a accepté directement dans le scénario sans annonce, cherche des excuses pour refouler le patient (MG, secteur 1, 17^e):

- Je suis complètement dépassée, et je ne prends plus de nouveaux patients. Vous avez un médecin traitant ?

- Je n'ai jamais signé de papier...

- Contacter un médecin de votre quartier. Si je ne suis pas votre médecin traitant, je ne suis pas remboursée.

²⁹ Publié au JO le 19 avril 2007

Les limites en lien avec le panier de biens

Un omnipraticien qui pratique une médecine alternative s'explique : « *je n'ai pas de problème pour recevoir les patients ayant la CMU. Mais le problème c'est que je travaille avec les compléments alimentaires. Je suis amenée à en prescrire et ils ne sont pas remboursés.* » (secteur 1, 20^e)

Un autre médecin refuse expliquant que l'ostéopathie n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. C'est encore le cas de soins dentaires comme la pose d'implants qui constitue une spécialité fréquemment pratiquée en chirurgie dentaire.

Des mesures spécifiques

Dans certains cas, un rendez-vous est donné mais des conditions spécifiques sont faites aux bénéficiaires de la CMU, rendant compte de formes de discrimination. Le rendez-vous peut être accordé pour certains soins et pas d'autres, dans des tranches horaires moins courues (pas le soir ni le samedi).

Quelques praticiens réservent des créneaux spécifiques pour recevoir les bénéficiaires (une demi-journée dédiée) ce qui peut considérablement allonger les délais de rendez-vous par rapport aux autres patients. Il est arrivé une fois que de ce fait, le délai de rendez-vous soit a contrario plus court de quelques jours. Dans un autre cas, la secrétaire d'un médecin gynécologue (secteur 2, 18^{ème}) explique que le médecin s'organise ainsi afin de se donner plus de temps pour recevoir ses patients de la CMU : on est ici dans le cadre d'une discrimination positive.

Plus souvent il s'agit de discrimination vraie. Un médecin généraliste impose une consultation sans rendez-vous, sans laisser le choix au patient, un autre demande une majoration de 3 euros à régler en cas de consultation sur rendez-vous.

Les refus de pratiquer certains types de soins sont fréquents chez les omnipraticiens parisiens qui pratiquent un exercice particulier.

Un acupuncteur explique : « *je prends les soins basiques par obligation mais pour l'acupuncture, ils ne sont pas couverts par la sécurité sociale* » (secteur 2, 14^{ème}). Certains

omnipraticiens en secteur 2 justifient du dépassement appliqué du fait des frais de matériel et du temps passé plus long en lien avec cette prise en charge spécifique.

Un dentiste du 13^e arrondissement ne prend que les bénéficiaires de la CMU de son arrondissement : on peut comprendre qu'il s'agit d'une manière de se protéger contre un afflux de ces patients, qui serait alors lié à des effets de report des bénéficiaires refusés par d'autres confrères.

De manière générale, les omnipraticiens ayant un mode d'exercice particulier, ont des stratégies de sélection de patients : plus que des sélections de patients, il peut s'agir d'une sélection de pathologies. Ils répondent par eux-mêmes et posent une quantité de questions d'ordre clinique.

Enfin, dans certains cas, les patients ayant la CMU ne sont reçus que pour les urgences, application à la lettre de l'article 47 du code de déontologie (et de la santé publique) tout en refusant de prendre en charge au long cours ces patients. Ainsi ce dentiste répond :

- On est très, très pris. On est complet. On ne refuse jamais pour les urgences. Pour les soins longs, on ne peut pas s'engager. Par téléphone, je ne peux pas juger.

Ceci laisse entendre que la prise en charge dépendra du type de soins à réaliser et du niveau de remboursement auquel peut prétendre le dentiste. On retrouve ce type d'attitudes assez régulièrement chez les dentistes :

- Moi, je suis chirurgien exclusif. Je peux vous voir en urgence. Après il faut voir quelqu'un qui vous prenne en charge.

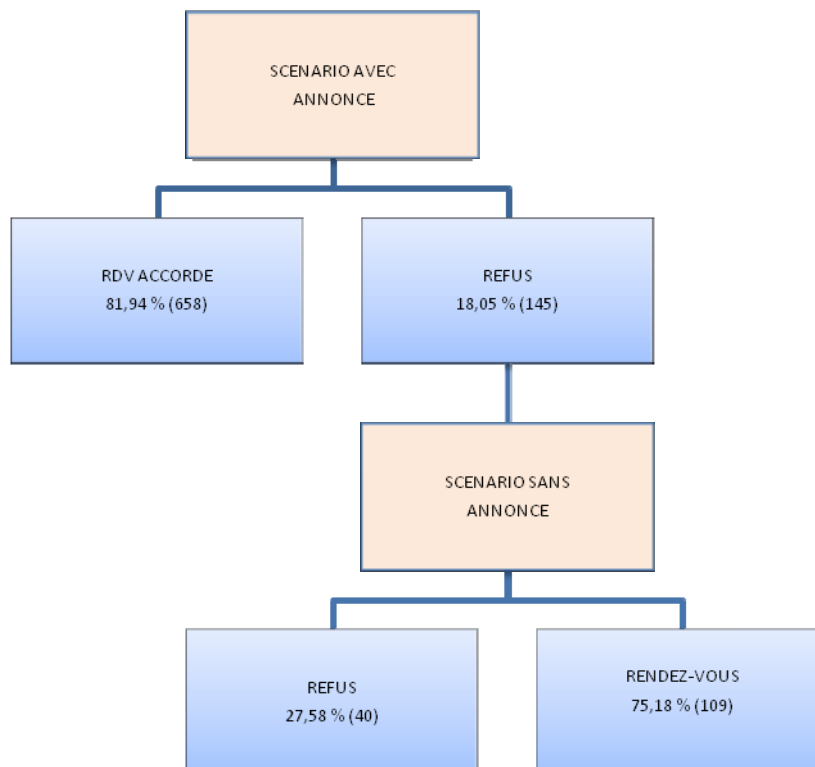
D'autant plus, qu'ils sont spécialisés dans des interventions non prises en charge dans le panier de soins de la CMU (secrétariat d'un dentiste, 12e):

- La CMU ? le problème, c'est pas ça. On la prend. Mais ça dépend aussi du niveau de soins. Il fait beaucoup d'implants. C'est pas remboursé.

Le protocole sans annonce : exploration de la méthodologie

Les taux de refus dans le protocole sans annonce

Le schéma ci-dessous confronte les résultats en fonction des deux protocoles.



Nous avons calculé les taux de refus sur l'ensemble des praticiens interrogés dans le cadre des deux scénarii (qui est inférieur à l'échantillon de travail dans le cadre du protocole de base). En effet, l'échantillon des refus est plus réduit (145 praticiens concernés) dans la mesure où nous n'avons pas pu appliquer la procédure double pour une quarantaine de praticiens, essentiellement des radiologues que nous avons déjà appelés à plusieurs reprises dans le scénario avec annonce. Nous craignons alors de dévoiler le testing si un interlocuteur reconnaissait la voix de l'un des acteurs. Concernant les rendez-vous accordés, une partie d'entre eux (58) a été testée dans le cadre du scénario sans annonce. Dans la majorité des cas, nous avons obtenu une réponse positive. Dans 4 cas, nous avons obtenu des réponses

négligentes que l'on peut expliquer par quelques variations dans les dates de rappels, qui peuvent amener lorsque des questions sont posées concernant la protection sociale (qui ramènent alors au scénario avec annonce) à des refus parce que l'agenda est plus chargé que lors du dernier appel ou quand le quota des bénéficiaires de la CMU est atteint. A l'inverse, le délai entre les deux appels a pu permettre de libérer de la place dans l'agenda de certains médecins et peut expliquer une différence entre un refus non lié à la CMU lors du scénario avec annonce et un rendez-vous donné lors du scénario sans annonce. Des erreurs du secrétariat surtout dans le cadre de secrétariat à distance peuvent également expliquer ces discordances qui restent marginales.

Le nombre de questions posées par les praticiens ou leur secrétariat lors du protocole sans annonce reste minoritaire, et ce malgré l'appartenance sociale populaire suggérée.

L'ensemble des refus de rendez-vous résultant du protocole *avec annonce* est en données brutes de **18,05 %**. Le taux brut de refus lors du **protocole sans annonce est de 27,58 %** calculé sur les appels testés une seconde fois. Cependant, il s'agit d'être prudent dans la comparaison de ces deux chiffres. En effet, rappelons que nous avons choisi de ne pas interroger systématiquement les praticiens qui avaient accepté la CMU, considérant qu'ils n'avaient pas de raison de refuser dès lors qu'ils avaient accepté dans le protocole avec annonce. Comme on a appliqué le scénario sans annonce uniquement pour les refus, on obtient un taux de refus assez élevé par construction. Il serait donc plus juste d'avancer un chiffre théorique **de 5 %** de refus en affectant systématiquement une réponse positive au scénario sans annonce dans tous les cas où il y a eu acceptation avec le scénario avec annonce. Cela reste une approximation car quelques divergences peuvent surgir quand on rappelle, soit parce qu'il est arrivé dans quelques cas de ne pas pouvoir joindre immédiatement le même praticien, soit parce que la personne qui rappelle diffère.

Le fait que dans la majorité des cas (75,2 %), les praticiens qui avaient refusé d'accorder un RDV à un bénéficiaire de la CMU acceptent d'en accorder un à un patient d'origine sociale « populaire » semble indiquer que la discrimination à l'œuvre est une discrimination directement liée à la CMU (raisons économique, opposition politique à la CMU) plutôt qu'une discrimination sociale « au sens large ».

Les délais de rendez-vous

Les délais de rendez-vous dans le scénario sans annonce (rappel téléphonique) concernaient un nombre d'appels trop insuffisants par catégories pour en déduire des délais de rendez-vous fiables (quelques appels seulement pour certaines strates). Par ailleurs, ils concernaient une majorité de praticiens qui refusent les bénéficiaires de la CMU. On peut supposer que les praticiens qui refusent sont plus surchargés que ceux qui acceptent. On arrivait par construction à des délais de rendez-vous plus élevés dans le scénario sans annonce.

Analyse des échanges lors du scénario sans annonce

Il s'agit, rappelons-le, d'explorer des situations où le bénéficiaire ne déclare pas spontanément lors de l'échange qu'il bénéficie de la CMU. Dans le scénario sans annonce de la CMU mais où une origine populaire est fortement suggérée, plusieurs types de réponses sont possibles (voir schéma du protocole page 19) :

- soit pas de réaction, acceptation directe ;
- soit un questionnement sur le régime de sécurité sociale auquel le patient appartient ;
- soit le praticien ou son secrétariat précise le montant des honoraires quand il y a dépassement ou précise qu'il s'agit d'un cabinet privé.

La première réponse est largement majoritaire. Dans plus de 75 % des appels sans annonce aboutissent à un rendez-vous sans chercher à explorer la situation sociale du patient, sa protection sociale, ni même sa demande clinique. Dans les deux derniers cas, cela amène alors à une réponse du patient qui précise qu'il a la CMU.

Dans les situations de secrétariat à distance, les réponses sont toutes prêtes, standardisées en quelque sorte. Il n'y a pas d'exploration plus avancée de la situation du patient notamment en termes de protection sociale. Par contre, il peut arriver que des secrétaires préviennent du dépassement pratiqué par un médecin. Ce type de remarques est à rapporter à l'origine sociale populaire suggérée par le scénario.

Lorsque la question de la protection sociale est posée par notre interlocuteur ou que ce dernier évoque l'application d'un dépassement, l'acteur s'annonce alors comme bénéficiaire de la

CMU. Cela nous ramène au scénario avec annonce, comme dans cet extrait (Gynécologue, secteur 2, 12^e arrondissement) :

- Le médecin pratique un dépassement.

- Ah. Mais j'ai la CMU !

- La CMU, ça ne marche pas ici.

Dans cet autre exemple, il s'agit du scénario sans annonce où le bénéficiaire suggère une origine sociale populaire et demande un rendez-vous. Un appel 15 jours avant sur présentation comme bénéficiaire de la CMU avait entraîné un « non ».

- On va essayer de s'occuper de vous. Je vous signale que j'exerce avec dépassement.

- Ah. Mais vous prenez la CMU ?

- Non, j'ai fait un pacte avec la sécurité sociale. Si je prends la CMU, je peux fermer mon cabinet.

Elle donne une adresse proche, une antenne de la Croix Rouge.

- Merci de m'avoir aidé.

- On est là pour ça. Si vous ne trouvez pas, rappelez-moi, on essaiera de s'arranger avec quelqu'un d'autre.

Pour ce même médecin généraliste, le scénario avec annonce avait donné l'échange suivant :

- Les consultations sont longues. Ils nous règlent pas comme j'en ai pas...

- C'est non ou c'est oui ?

- C'est non. Comme j'en ai pas, ils remboursent pas. Et j'ai des charges...

Plusieurs échanges témoignent d'un souci de prévenir le patient de tarifs de consultations élevées pour leur éviter de mauvaises surprises alors que dans d'autres cas, il s'agit plutôt de tentatives d'éviction.

Quelques praticiens renvoient systématiquement vers des centres de santé ou l'hôpital, sans chercher à préciser le type de couverture sociale : on peut penser qu'ils opèrent une stratégie de sélection des patients en fonction de leur origine sociale et leur solvabilité, tel ce médecin

généraliste en secteur 2 (15^{ème} arrondissement) qui tente à plusieurs reprises de se débarrasser de ce patient peu solvable et trop naïf (Christian).

- *Je vais vous donner une autre adresse, je n'ai pas de place tout de suite. Et je ne suis pas dans le secteur conventionné.*

- *J'ai la CMU.*

- *Ça marche pas votre carte. Je vais vous donner une autre adresse en secteur 1.*

Dans d'autres cas, le secrétariat ou le praticien « devine » le bénéficiaire de la CMU, quelque soit du reste son attitude ultérieure :

- *Vous êtes à la CMU, je suppose ? ... Elle accepte (gynéco, secteur 2, 17^{ème})*

Ou encore :

- *Il peut vous voir. Vous avez quelle couverture sociale ?*

- *La CMU.*

- *D'accord. Quel jour pouvez-vous venir ? (gynécologue, secteur 2, 12^e)*

Rappelons-le, dans la majorité des cas, ce scénario sans annonce et suggestion d'une origine sociale populaire renvoie directement à une prise de rendez-vous.

Discussion

Les taux de refus

Les résultats montrent des taux de refus très hétérogènes en fonction des strates analysées, tenant compte, rappelons-le des trois catégories de professionnels explorées, dentistes, omnipraticiens et médecins spécialistes et du secteur d'activité des médecins.

Tableau 11 : récapitulatif des taux de refus (ensemble des refus et refus imputables à la CMU)

		N praticiens contactés	% refus totaux (brut)	% refus imputables (brut)	% Refus imputables (pondérés)
Dentistes		98	37,76	31,6	31,6
Omnipraticiens	s. 1	131	12,21	9,2	19,4
	s. 2	86	38,37	32,6	
Ophtalmologues	s. 1	55	23,64	9,1	28,1
	s. 2	99	34,34	31,3	
Gynécologues	s. 1	23	26,09	17,4	38,1
	s. 2	102	50,98	40,2	
Radiologues	s. 1	123	4,07	4,1	5,2
	s. 2	144	6,94	6,3	
Ensemble		861	23,93	19,3	25,5

Le total des refus (non imputables et imputables) reflète la réalité à laquelle sont confrontés les bénéficiaires de la CMU, soit de véritables difficultés d'accès aux soins dans certaines spécialités médicales, même si elles ne relèvent pas de la discrimination.

Les refus reliés uniquement à la CMU, donc relevant d'une discrimination, s'élèvent à 9,2 % chez les omnipraticiens de secteur 1 ; ils apparaissent élevés par rapport à ceux qui

avaient été observés dans le Val-de-Marne en 2005, qui restaient marginaux (1,6 %). Ces taux beaucoup plus élevés semblent refléter une réalité parisienne.

Les taux de refus sont élevés parmi les gynécologues et les ophtalmologues. Ces résultats vont dans le même sens que les résultats d'études sur le pourcentage de bénéficiaires de la CMU dans la clientèle de ces mêmes spécialistes (BOISGUERIN, PICHETTI, 2008 ; CASES et al., 2008).

Par contre, le résultat obtenu en termes de refus (5,2 %) pour les radiologues est intéressant puisque jusque là aucune étude n'avait produit de connaissances sur ces praticiens.

Enfin, les refus parmi les dentistes, soit 36,1 % sont importants, concernant donc plus du tiers des dentistes de la capitale.

Nous ne tirerons aucune conclusion quant à l'évolution dans le temps des refus, dans la mesure où l'étude n'a pas été réalisée dans les mêmes lieux ni sur le même type d'échantillon que la précédente étude : les résultats ne sont donc pas comparables.

Comme nous l'avons suggéré précédemment, ces taux sont plutôt sous-estimés du fait des options méthodologiques : une partie des réponses concernant des refus non imputables pourrait donner lieu à des refus imputables si le praticien était disponible ; des situations donnant lieu à des prises de rendez-vous sont néanmoins des situations de discrimination, non des acceptations de principe mais à caractère exceptionnel : elles ont toutefois été codées comme acceptations.

Les délais de rendez-vous

Les délais de rendez-vous sont en moyenne de 3 jours pour les omnipraticiens de secteur 1, résultat proche de ce que montrait l'enquête ESPS en 2006 (LE FUR, 2009), soit de 3,3 jours en moyenne nationale. Le délai d'attente pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire est en moyenne équivalent à celui des autres patients. Il passe à presque deux semaines en secteur 2.

Ce délai est de 24 jours pour les gynécologues de secteur 1 et de 20 jours en secteur 2 alors qu'il était de 39 jours dans l'enquête ESPS (chiffres nationaux et pour l'ensemble des secteurs et pour l'ensemble des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens). Ces délais sont respectivement de 12 et 21 jours chez les ophtalmologues en secteur 1 et secteur 2, alors

que le délai s'élève à 72 jours dans l'enquête ESPS. Il est compris entre 5 et 7 jours pour les radiologues en fonction du secteur versus 15 jours dans l'enquête ESPS. Dans l'enquête ESPS, les délais étaient en moyenne plus courts à Paris que dans l'ensemble du territoire, notamment chez les spécialistes.

Pour toutes les catégories de médecins, sauf les gynécologues, les délais sont plus importants en secteur 2.

La question de l'accès aux soins soulevée dans le précédent paragraphe, apparaît d'autant plus problématique si l'on rapproche les taux de refus importants dans les deux spécialités gynécologie médicale et ophtalmologie, des délais d'attente importants dans ces deux spécialités, quand un rendez-vous est accordé.

Les déterminants du refus de soins

La question économique semble occuper une place majeure puisque l'analyse statistique met en avant l'importance du secteur de conventionnement.

L'importance du secteur de conventionnement est également signalée dans les autres études, que ce soit dans l'étude de 2005 par testing que les études sur les patientèles déjà citées (CASES, 2008, BOISGUERIN, PICHETTI, 2008).

La logique économique

La logique économique occupe donc une place majeure dans le cadre du refus à l'égard des bénéficiaires de la CMU. Elle doit être rapportée à l'interdiction d'appliquer les dépassements d'honoraires pour les médecins du secteur 2 et à l'existence d'un forfait plafonné pour les prothèses chez les dentistes. Malgré une revalorisation de ce forfait, les taux de refus restent importants. Les dentistes se comportent en moyenne de la même manière que les omnipraticiens, les gynécologues et les ophtalmologues de secteur 2.

Ce résultat découlant de l'analyse statistique qui montre des différences significatives entre les secteurs est confirmé par l'analyse qualitative des échanges : la question du dépassement revient de manière récurrente dans la rhétorique des médecins du secteur 2. Assez

fréquemment, il est proposé au patient de régler la consultation au tarif avec dépassement ce qui montre dans ce cas que ce n'est pas le patient en lui-même qui est refusé mais qu'il s'agit bien du tarif de consultation qui est en cause.

Dans la logique de compensation du dépassement, il est parfois proposé de payer la différence entre la tarification de la sécurité sociale et le dépassement comme le suggère un acupuncteur (secteur 2, 15°).

Les spécialités à forte densité d'actes techniques ont un niveau de revenu supérieur aux autres. Cela pourrait expliquer les différences remarquées entre les radiologues et leurs confrères ophtalmologues et gynécologues. Tout d'abord les revenus des radiologues sont plus élevés que dans d'autres spécialités médicales, découlant essentiellement des actes techniques. Les dépassements d'honoraires interviendraient dans une moindre part sur le niveau des revenus que pour les autres praticiens (FRECHOU, GUILLAUMAT-TAILLET, 2009). On peut imaginer également que compte-tenu des préjugés qui prévalent chez une partie des médecins concernant les bénéficiaires de la CMU, les radiologues sont souvent moins amenés à une proximité corporelle avec leurs patients, de même qu'une proximité relationnelle. Une partie des examens est réalisée par des techniciens et le radiologue intervient plutôt pour interpréter les clichés. La crainte d'une proximité corporelle avec des « pauvres » ne serait pas un facteur limitant chez les radiologues. D'autre part, dans la mesure où ils ne seraient pas débordés – ce que semble démontrer les délais de rendez-vous assez courts –, prendre des patients même s'ils payent moins que d'autres permettrait de rentabiliser le matériel et d'amortir le coût d'investissement. Enfin, les radiologues reçoivent des patients qui sont pratiquement tous adressés par un confrère, ce qui rend beaucoup plus délicat le refus explicite. Cette dernière raison nous semble également importante mais reste à confirmer par des entretiens.

La question économique recouvre également les difficultés de remboursement que rencontreraient les médecins, difficultés majorées s'ils n'ont pas l'équipement permettant la lecture de la carte vitale ce que confirme également l'analyse statistique.

Certains praticiens en secteur 2 refusent d'appliquer le tiers payant ; toutefois, ils n'appliquent pas le dépassement. Il s'agit alors pour le bénéficiaire de faire l'avance de frais et d'être remboursé ultérieurement : « *Non, je ne prends pas la CMU mais je vous prendrai le tarif de la sécurité sociale. Vous serez entièrement remboursé.* » Comme nous l'avons dit la sécurisation du paiement fait l'objet de précautions récurrentes. Les secrétaires mais aussi les

praticiens insistent lourdement sur l'importance de ne pas oublier la carte vitale, de la mettre à jour ou d'apporter une attestation (sans doute pour ceux qui ne sont pas équipés d'un lecteur de la carte vitale).

La question du remboursement des praticiens par l'assurance maladie est également évoquée par certains médecins pour les patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant. Dans les échanges, les médecins se plaignent d'un remboursement partiel par l'assurance maladie concernant les patients ayant la CMU. Aujourd'hui, comme nous l'avons déjà rappelé, dans les textes, l'assurance maladie doit rembourser intégralement les médecins même si le patient n'est pas dans le parcours de soins. Si des erreurs administratives ou en lien avec des erreurs du médecin dans le codage du patient sont possibles, il paraît peu probable qu'elles soient si nombreuses qu'elles justifient un refus global des bénéficiaires de la CMU. Il est possible que quelques médecins n'aient pas encore pris la mesure de ce changement et que d'autres utilisent cet argument comme alibi à leur refus dont la cause serait autre.

Coût administratif

L'argument fréquemment invoqué d'une absence d'appareil permettant la lecture de la carte vitale apparaît également confirmé par l'analyse statistique, les praticiens munis du dispositif de lecture refusent significativement moins que ceux qui ne l'ont pas. Au-delà du coût économique, l'attitude des praticiens serait alors en rapport avec un coût de temps, nécessaire à l'envoi des papiers³⁰. Cette attitude s'inscrit dans un contexte où les médecins et les dentistes se plaignent de l'importance grandissante des tâches administratives qui leur incombent au détriment de leur activité clinique.

Le fait de ne pas être équipé d'un matériel de lecture pourrait aussi être le révélateur d'un profil de médecins ou dentistes en termes de pratiques, de préférences, pourquoi pas d'un type de rapport à la caisse d'assurance maladie. Cette question demande à être exploré plus finement.

³⁰ Etant donné que le praticien est tenu d'appliquer le tiers payant, il sera remboursé ultérieurement. En cas d'absence de lecture directe de la carte vitale qui transmet instantanément les informations et permet leur traitement dans les plus brefs délais, le praticien doit remplir une feuille de soins traditionnelle qu'il envoie lui-même à la caisse pour être remboursé.

Les arrondissements

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'arrondissement est une variable qui recoupe différentes réalités tant économiques que sociales, voire culturelles. Elle révèle l'environnement social du praticien, le profil de sa clientèle ainsi que le profil du praticien lui-même. Concernant ce dernier élément, le choix d'installation dans un quartier plutôt qu'un autre pourrait suggérer la recherche d'un certain type de clientèle. Les quartiers les plus aisés, comme le 7^e, le 8^e, le 16^e, le 6^e se démarqueraient alors, non seulement du fait du ratio secteur 1/secteur 2, mais aussi du fait de la hauteur des dépassements pratiqués. Ces dépassements seraient d'ailleurs d'autant plus élevés que le praticien doit assumer des frais importants notamment en termes de loyer. Comme le suggère la secrétaire d'un dentiste installé dans le 8^e arrondissement :

- Vous êtes rue F. C'est pas un endroit où on prend les CMU. C'est une question de frais.

Dans bien des cas les refus ne sont pas opposés à une catégorie de patients mais bien à leur capacité à payer des dépassements ou une prothèse aux tarifs couramment pratiqués par les dentistes. En effet, dès lors que le patient accepte de payer la différence ou le tarif normal, il obtient un rendez-vous. Comme l'explique la secrétaire d'un dentiste quand il lui est demandé s'il prend la CMU : « *on prend tout mais ça reste à la charge du patient* ».

Cependant, les refus chez les praticiens en secteur 1, loin d'être marginaux, montrent que pour une partie des médecins, il s'agit bien d'une catégorie de patients à part, qui fait l'objet de préjugés.

Les spécificités parisiennes

La ville de Paris présente des particularités et de ce fait, ces résultats chiffrés ne sont pas transposables ailleurs.

La première spécificité parisienne est la proportion de spécialistes ce qui amène à des comportements spécifiques pour les patients, fréquentation des pédiatres et des gynécologues alors qu'en région, ce type de soins est plus fréquemment pris en charge par les généralistes.

L'importance du secteur 2 est également une des particularités de la capitale. Si le secteur 2 concerne le quart des médecins installés en France métropolitaine, il concerne plus de 58 % des médecins installés à Paris.

Enfin, autre spécificité parisienne qui nous intéresse, le nombre important de médecins généralistes ayant un exercice particulier : il s'agit de médecins³¹ dont la spécialité n'est pas reconnue par l'assurance maladie. 27 % des omnipraticiens parisiens sont concernés, alors que ce chiffre est de 12 % sur la France entière (source Eco-santé - SNIR 2007). Cette particularité parisienne est importante à signaler dans la mesure où ces praticiens se rapprochent plus du profil des médecins spécialistes. De plus, ils opèrent une stratégie de sélection de clientèle : ils répondent souvent eux-mêmes au téléphone et interrogent le patient sur les motifs qui le conduisent à consulter. Ces procédures de sélection étaient décrites par Bouchayer dans sa contribution à l'ouvrage de P. Aiach et D. Fassin sur les métiers de la santé (1994). Il s'agit de repérer dans le questionnaire qui a envoyé le patient, pour quelle raison il souhaite consulter afin « *d'être en mesure de filtrer les demandes et de maîtriser le type de clientèle qu'ils souhaitent prendre en charge.* » (p. 217) Plus qu'une sélection basée sur la recherche de solvabilité des patients, encore que celle-ci ne soit pas non plus à exclure, il s'agirait d'une sélection clinique, de manière à pratiquer leur « art ». Nous avons adapté le scénario de base à la constellation d'orientations. Cependant, l'interprétation des refus est parfois complexe. Par exemple, l'ostéopathie n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Un médecin généraliste qui pratiquerait une séance d'ostéopathie ne devrait pas faire de feuilles de soins. Il est alors légitime de refuser un bénéficiaire de la CMU. La question renvoie à leurs pratiques habituelles avec les autres patients, et l'argument ne serait alors qu'une tentative de justification de refus.

Ces médecins à exercice particulier majoritairement des acupuncteurs, des homéopathes, des phlébologues ont une attitude en termes de refus qui tend à se rapprocher de celles de leurs confrères spécialistes. Ils sont plus souvent installés en secteur 2 mais le choix de cette pratique spécifique pourrait être aussi le marqueur d'autres valeurs ou préférences. En outre, dans le cadre de leurs pratiques, ils éviteraient les patients les plus pauvres, réputés plus

³¹ La majorité concerne des médecins exerçant une activité non reconnue par l'assurance maladie. Quelques uns exercent une spécialités reconnue (pédiatrie, psychiatrie, etc...). Dans ces cas, un médecin choisira le MEP plutôt que la spécialité afin de pouvoir continuer à exercer comme généraliste (eg, un pédiatre dont la ½ de l'activité est de la médecine générale et l'autre ½ de la pédiatrie).

lourds, ou avec lesquels les échanges sont plus difficiles du fait d'une moins grande proximité sociale entre médecin et patient. Pour BLOY (2000, p.27), « *les médecins engagés dans une telle démarche pratiquent de fait une sélection socio-économique de leur clientèle, plus ou moins consciente, plus ou moins assumée.* »

La charité individuelle

Nous avons remarqué qu'un certain nombre de prises de rendez-vous ne s'inscrivent pas dans une position de principe mais une gestion au cas par cas. Nous avons interprété ce type d'attitudes comme un moyen pour le praticien de contrôler « la masse » de bénéficiaires de la CMU en fonction de son activité, sa charge de travail. Cela suggère que certains praticiens acceptent des bénéficiaires de la CMU quand ils ont des places disponibles dans leur agenda et qu'ils ont peu de chance de le remplir (le jour même par exemple). Mieux vaut économiquement un patient bénéficiaire de la CMU qu'aucun patient. Parfois, il peut s'agir de quotas comme cela a été parfois suggéré lors des échanges au téléphone: lors de deux ou trois appels en décembre, nous avons rencontré des refus accompagnés d'une proposition de rappeler en janvier : ce que nous avons fait en obtenant effectivement un rendez-vous..

Quand le praticien gère lui-même les prises de rendez-vous pour les bénéficiaires de la CMU, il pourrait s'agir aussi d'opérer une sélection, en fonction de critères qui restent à explorer plus à fond : les échanges suggèrent un tri en fonction de ceux qui seraient des *bons pauvres* et des *mauvais pauvres*. Dans un premier temps, cette différenciation se ferait au regard de l'attitude de respect vis-à-vis du médecin. Elle dépendrait également des besoins cliniques. L'évaluation du besoin par le praticien renvoie à des pratiques d'assistance plus qu'à la prise en charge de patients inscrits dans un droit aux soins.

Nous avons également remarqué que quelques praticiens proposent de recevoir gratuitement, ce qui procéderait encore d'une forme de charité. La CMU constitue un droit, et la CMU complémentaire, un droit à une complémentaire gratuite et parce qu'elle est un droit, la prise en charge ne devrait pas dépendre du bon vouloir du praticien, elle ne peut pas être soumise au jugement individuel. Or, c'est ce qui se produit quand les praticiens procèdent au cas par cas, le droit est transformé en une charité individuelle, renforcée par le fait de réaliser une consultation gratuite dispensée par le praticien.

Eléments de discussion concernant la méthode

La méthode utilisée a fait l'objet d'une réflexion approfondie ce qui nous a amené à réaliser une procédure complexe non seulement pour valider nos résultats mais aussi pour explorer également la part construite d'un testing, dans la mesure où l'on réalise un scénario fictif.

Il s'agit en premier lieu de s'interroger sur la crédibilité des scénarii. Il est apparu qu'à aucun moment, un doute n'a été instillé quant à la réalité des personnages de la part des personnes qui répondaient. Les échanges en témoignent pleinement.

Le scénario était non seulement crédible mais on pouvait se demander dans quelle mesure la situation testée pouvait s'incarner dans la réalité. Si nous n'avons aucun moyen de le mesurer comme nous l'avons déjà annoncé, le fait que la très grande majorité des secrétaires détiennent des réponses toutes prêtes, révèle que c'est une situation pour le moins fréquente. Dans quelques cas rares (une quinzaine), le secrétariat ne connaît pas la réponse et explique que c'est une situation inédite : cela concerne des arrondissements « riches » et sans doute des îlots encore plus privilégiés dans ces arrondissements.

Le testing inchangé selon l'appelant et le répondant

L'analyse statistique a permis de contrôler plusieurs variables. Dans la mesure où plusieurs acteurs intervenaient, il était important de savoir si la réponse obtenue lors d'une demande de rendez-vous variait significativement en fonction de celui qui appelait. Cela permettait de vérifier si les manières de se présenter qui pouvaient différer sensiblement pouvaient transformer celle-ci. On sait que dans une interaction des éléments non verbaux peuvent jouer un rôle, le sexe de la personne qui appelle, la voix peuvent provoquer des réactions avec plus ou moins de compassion, etc. Ainsi, il apparaît que des différences entre acteurs émergent : Jean-Paul semble avoir une moindre probabilité de refus que Christian alors que sa manière de se présenter apparaissait plus caricaturale, plus tirée vers les catégories précaires que son alter ego, Christian. On peut l'interpréter comme l'effet d'une forme de compassion. Pour les autres acteurs, il n'y a pas de différence, en contrôlant sur les variables habituelles.

La personne qui répond ne joue pas de rôle dans le type de réponse recueillie, ce qui va dans le sens d'une bonne cohérence de réponses entre les praticiens et leur secrétariat, même si les

praticiens peuvent se permettre une gestion au cas par cas des bénéficiaires. Cela concerne dans tous les cas une minorité.

Le caractère imputable de la CMU

Comme nous l'avions annoncé dans le début du rapport, il était fondamental de définir le caractère imputable ou non à la CMU des refus. Les taux de refus bruts permettent néanmoins de mesurer les difficultés d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire qui trouvent essentiellement une double origine, les secteurs surchargés par manque de praticiens et les pratiques de discrimination dont ils sont la cible.

Ce caractère imputable à la CMU a été assez aisément mis en évidence, dans la mesure où fréquemment les praticiens l'affirment. Dans tous les autres cas, nous avons mis en œuvre une procédure de validation.

Il est assez étonnant que les professionnels annoncent clairement qu'ils ne prennent pas la CMU alors que cette attitude est considérée comme discriminatoire. Cette question devrait être explorée, notamment dans le cadre d'entretiens avec les professionnels de santé. Nous proposons à ce stade une hypothèse, fondée sur quelques entretiens réalisés avec des médecins ou des dentistes lors de la dernière étude (DESPRES, NAIDITCH, 2005) : ils connaissent mal la loi et pourraient ne pas être au clair sur la question de leur droit à refuser un patient, hors urgence. Ceci serait d'autant plus vrai que le refus d'un bénéficiaire de la CMU n'est pas perçu par certains comme une discrimination puisqu'elle ne repose pas selon eux sur un critère de race, ethnie, religion même si la HALDE a confirmé le caractère discriminatoire des refus à l'encontre des bénéficiaires de la CMU.

Le refus à l'encontre de la CMU est avant tout un refus de recevoir des patients ayant une forme spécifique de protection sociale même si les scénarii sans annonce révèlent dans quelques cas, une forme de discrimination à l'égard des patients d'origine populaire, sans doute quand ils ne sont pas solvables mais derrière cet élément pourrait parfois se dissimuler des préjugés sociaux. Le fait que dans la majorité des cas les praticiens qui avaient refusé d'accorder un RDV à un patient ayant la CMU acceptent d'en accorder un à un client d'origine sociale « populaire » (scénario sans annonce) plaide pour la prévalence de l'hypothèse discrimination sur la protection sociale.

Le sens des chiffres produits

Les chiffres produits dans le scénario avec annonce sont une mesure indirecte de positions des médecins et des dentistes, positions qui se concrétisent plus ou moins selon les situations. Ces chiffres ne donnent pas la mesure du refus réel que rencontrent les bénéficiaires de la CMU quand ils prennent rendez-vous puisque tous ne s'annoncent pas comme tels. Ils mesurent les attitudes des professionnels à l'égard de la CMU, par le biais de leur réponse *en situation*. La situation explorée est celle **d'un premier rendez-vous** (médecin et patient ne se connaissent pas).

Il s'agit donc de distinguer les taux de refus produits lors du scénario avec annonce de ce que serait une mesure des refus de rendez-vous dans la réalité.

Dans le scénario sans annonce, les réponses recueillies n'informent pas sur l'existence ou non de refus de soins mais permet de repérer ce qu'il se passe lors de la prise de rendez-vous. Elle ne permet pas donc de répondre à la question des refus de soins mais elle dévoile les décalages construits entre la méthode et la réalité des refus lors de la prise de rendez-vous.

Le refus peut alors survenir plus tard. Différentes situations peuvent survenir que l'on peut décrire succinctement au vu de ce qu'ont pu relater des médecins ou des bénéficiaires.

- Certains médecins ne vont pas renvoyer un patient qui s'est déplacé mais le sentiment qu'on leur a forcé la main peut avoir un impact sur la relation entre le médecin et le patient.
- D'autres adoptent des stratégies visant à éviter que la relation s'inscrive dans le temps : consultation a minima ou froideur, agressivité, etc. mais parfois il peut s'agir de stratégies plus subtiles : gratuité inscrivant dans une relation de dépendance. Certains médecins nous ont déclaré qu'en fin de consultation, ils disent au patient de ne pas revenir.
- Quand le médecin a entré la carte vitale, en début de consultation, il peut toujours refuser de recevoir le patient (nous n'avons pas recueilli de témoignages dans ce sens au cours de nos recherches antérieures).
- Certains demandent un règlement de la consultation avec dépassement : ce genre de situations n'est pas du tout exceptionnel.

D'autres bénéficiant d'un secrétariat peuvent demander la présentation systématique de la carte vitale préalablement à la consultation, comme il est fréquent dans les cabinets de radiologie. Ils pourraient alors prévenir le patient, qu'il aura une partie ou la totalité à régler. Parfois une pancarte dans le cabinet de consultation invite les bénéficiaires de la CMU à se présenter au secrétariat...

Si le testing permet de mesurer les attitudes des médecins, nous manquons d'éléments sur la manière dont les praticiens réagissent en fonction des circonstances dans lesquelles ils découvrent que le patient bénéficie de la CMU complémentaire. Quand le patient se présente les refus sont-ils aussi fréquents ou le praticien se sent-il obligé de le recevoir ? Est-il aussi bien reçu qu'un autre patient en termes de qualité des soins, du suivi, de l'orientation ? Cela reste des questions importantes très difficiles à explorer.

Bibliographie

BATIFOULIER, BIEN F., Les honoraires libres en médecine ambulatoire : une lecture par la théorie des conventions, *Sciences sociales et santé*, Vol. 18, n° 1, mars 2000

BLOY, G., Stratégie de distinction et dynamique des conventions : suggestions de complications (commentaires)

BOISGUERIN B., PICHETTI S., Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, *Etudes et Résultats*, N° 629, mars 2008

BORGHETTO M., *Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU*, *Droit social*, N°1, janvier 2000.

CASES Chantal, LUCAS-GABRIELLI Véronique, PERRONNIN Marc, Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ?, *Questions d'économie de la santé*, 130, 2008/03

CASES, 2008, L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ?, *La lettre du collège des économistes de la santé*, N° 2

CEDIEY E., C. DESPRES et Y. HORTY Le testing scientifique, problème de méthode, avec, *Débat*, Horizons stratégiques, juillet 2007
DESPRES, L'universalisation de la couverture sociale à l'épreuve de la relation de guichet, Caroline DIES, mai 2005, séminaire DIES

DESPRES Caroline, Les usages sociaux de la CMU : des modalités d'accès aux soins différenciées pour une population plurielle, *Sciences sociales et santé*, VI, 23, n°4, décembre 2005

DESPRES C., NAIDITCH M., Trajectoires de grossesse : Entre choix et contraintes, quelles satisfactions ? DIES, avril 2005. Commanditaire : DREES. Rapport public.

DESPRES C., NAIDITCH M., 2006, *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 public, Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie,

DESTREMEAU B. et M. MESSU, 2008, Le droit à l'assistance sociale à l'épreuve du local, *Revue française de science politique*, N° 5, Vol.58, p. 713-742

DREES, 2003, *Etudes et résultats*, n° 229, L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins, mars

ELBAUM M., Protection sociale et solidarité en France. Evolutions et questions d'avenir. Eté 2007, *Revue de l'OFCE*, p.559-622

Fiche thématique du CISS, n°8 – Assurance maladie : Refus aux bénéficiaires de la CMU et de l'AME -2008

FRECHOU H., GUILLAUMAT-TAILLET F., Les revenus libéraux des médecins en 2006 et 2007, *Etudes et Résultats*, n° 686, Avril 2009

GRIGNON M., PERRONIN M., 2003, Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins, *Questions d'économie de la santé*, 74, nov.

LEVY C., MONY P., VOLOVITCH P., *La CMU, ce qui doit changer*, *Droit Social*, N° 1, janvier 2000

LE FUR, note descriptive sur les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous auprès d'un médecin, fev. 2009, IRDES

RAYNAUD D., 2003, L'impact de la cmu sur la consommation individuelle de soins, *Etudes et résultats*, DREES, N° 378, février

ANNEXES

Annexe 1 : Refus de soins de la part du médecin : règles juridiques

Le support juridique

Le refus :

code de déontologie article 47 (article R.4127-47 du code de la santé publique)

Hors les cas d'urgence et celui, où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. Le médecin peut se dégager de sa mission, à condition de ne pas nuire de ce fait à son malade, de fournir au médecin désigné par le patient, les renseignements utiles à la poursuite des soins.

- Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit, en effet, être assurée.
- Le médecin a donc la possibilité de ne pas donner ses soins : hors l'urgence, en s'assurant de la continuité des soins et en fournissant si besoin, tous les renseignements utiles à la gravité du cas par un autre confrère.

Manques aux devoirs d'humanité

code de déontologie article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Le médecin doit, non seulement, soigner mais aussi écouter, examiner, conseiller, avec la même conscience tous ses malades, quels que soient leur origine, leurs mœurs, leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'ils lui inspirent.(...)

Et la loi du 12/07/1990 : Loi relative à la protection contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

Le code pénal définit ce qui constitue une discrimination.

code pénal article 225-1

*Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, de leur situation de famille, **de leur état de santé, de leur handicap**, de leurs mœurs, de leurs opinions politiques, de leurs activités syndicales, de leur*

appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une Ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée.

- Il faut remarquer qu'une distinction fondée sur l'état de santé d'une personne ou sur un handicap constitue une discrimination.
- Le médecin qui refuse ses soins, en fondant son refus sur l'état de santé du patient (ex. patient séropositif) s'expose à une poursuite pénale (cf. article 225-2) ou déontologique (cf. code de déontologie article 7).

code pénal article 225-2

La discrimination définie à l'article 225-1, commise à l'égard d'une personne physique ou morale, est punie de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende lorsqu'elle consiste à refuser la fourniture d'un bien ou d'un service.

Par contre, ne constitue pas une discrimination le refus d'une couverture par une police d'assurance du risque décès, des risques portant atteintes à l'intégrité physique ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, de même un refus d'embauche ou un licenciement fondé sur une inaptitude médicalement constatée (cf. article 225-3).

Annexe 2 : Répartition des médecins parisiens par arrondissements et histogramme (source Améli)

Tableau 2.1 : Répartition des omnipraticiens parisiens par secteur et par arrondissement

Arrondissement	Omnipraticiens secteur 1	% sur total parisien	Omnipraticiens secteur 2	% sur total parisien	Proportion secteur 1 en % ³²
1	7	0,52	21	1,47	25
2	6	0,45	16	1,12	27,27
3	18	1,34	18	1,26	50,00
4	17	1,26	26	1,82	39,53
5	57	4,24	33	2,31	63,33
6	26	1,93	43	3,01	37,68
7	17	1,26	56	3,92	23,29
8	44	3,27	151	10,58	22,56
9	43	3,20	99	6,94	30,28
10	51	3,79	81	5,68	38,64
11	106	7,88	171	11,98	38,27
12	95	7,06	152	10,65	38,46
13	163	12,12	40	2,80	80,30
14	83	6,17	55	3,85	60,14
15	119	8,85	110	7,71	51,97
16	76	5,65	158	11,07	32,48
17	68	5,06	106	7,43	39,08
18	103	7,66	39	2,73	72,54
19	136	10,11	30	2,10	81,93
20	110	8,18	22	1,54	83,33
Total	1345	100,00	1427	100,00	48,52

³² Il s'agit de mesurer la proportion entre les deux secteurs. Ici, nous avons choisi de donner la proportion de praticiens de secteur 1 soit : nombre de praticiens en secteur 1 X 100/nombre total (secteur 1 + secteur 2)

Tableau 2.2 : Répartition des gynécologues et ophtalmologues parisiens par secteur

ARRT	Gynécos Secteur 1	%	Gynécos Secteur 2	%	Proport. Sect. 1 ³³	Ophtalmos Secteur 1	%	Ophtalmos Secteur 2	%	Proport. Sect. 1 ³⁴
1	2	3,23	5	2,50	28,57	1	1,64	5	1,42	16,67
2	0	0	3	1,50	0	0	0	5	1,42	0
3	1	1,61	5	2,50	16,67	2	3,28	4	1,14	33,33
4	0	0	0	0,00	0	0	0	9	2,56	0
5	2	3,23	13	6,50	13,33	2	3,28	11	3,13	15,38
6	1	1,61	7	3,50	12,50	3	4,92	29	8,26	9,38
7	2	3,23	17	8,50	10,53	3	4,92	23	6,55	11,54
8	4	6,45	22	11,00	15,38	6	9,84	29	8,26	17,14
9	0	0	13	6,50	0	0	0	14	3,99	0
10	1	1,61	4	2,00	20	1	1,64	5	1,42	16,67
11	8	12,90	11	5,50	42,11	7	11,48	13	3,70	35,00
12	7	11,29	7	3,50	50,00	2	3,28	26	7,41	7,14
13	10	16,13	7	3,50	58,82	6	9,84	20	5,70	23,08
14	5	8,06	16	8,00	23,81	2	3,28	22	6,27	8,33
15	3	4,84	22	11,00	12,00	6	9,84	37	10,54	13,95
16	1	1,61	19	9,50	5,00	2	3,28	46	13,11	4,17
17	3	4,84	17	8,50	15,00	6	9,84	27	7,69	18,18
18	6	9,68	3	1,50	66,67	5	8,20	7	1,99	41,67
19	2	3,23	3	1,50	40,00	4	6,56	9	2,56	30,77
20	4	6,45	6	3,00	40,00	3	4,92	10	2,85	23,08
total	62	100	536	100,00	10,37	60	100	351	100,00	14,60

³³Idem à la note précédente

³⁴ Idem à la note précédente

Tableau 2.3 : Classement des arrondissements parisiens en fonction des revenus moyens

	Arrondissements	% de foyers non imposables	revenu moyen	revenu moyen des foyers imposables
	7	25%	90052	117477
Riches	8	26%	75374	98774
	6	27%	73877	97146
	16	27%	78175	103350
	15	27%	35827	45987
Aisés	5	28%	42079	55300
	1	29%	45928	61980
	9	31%	38137	51626
	14	31%	32056	42902
	4	32%	43087	59601
intermédiaires	12	32%	29079	38991
	17	32%	41772	57733
	3	32%	37191	51437
	2	34%	34050	47840
Modestes	11	37%	26122	36999
	13	37%	25525	35972
	10	40%	24804	36388
	18	43%	22269	33740
Pauvres	20	43%	21220	31672
	19	47%	21092	32602

Annexe 3 méthodologique

Notations utilisées :

j : une catégorie d'intérêt à échantillonner (par exemple le croisement entre une spécialité et un secteur)

N_j : taille du sous-échantillon à tirer pour cette catégorie d'intérêt

p_j : une estimation antérieure du taux de refus CMU dans une catégorie j donnée.

$1-a$: le niveau de confiance auquel on effectue la mesure (traditionnellement 95%) et $Z(1-a/2)$ la valeur de test associée (1,96 si $1-a=95\%$).

b : le niveau de précision souhaité dans l'estimation, qui prend compte de l'amplitude de l'intervalle de confiance de l'estimation. Ce niveau de précision peut s'exprimer soit en valeur absolue (b), soit en valeur relative (b' en %)

Lien entre taille d'échantillon et précision (approximation de Moivre-Laplace) :

On peut déterminer la taille minimale d'un échantillon en fonction d'un niveau de précision voulu :

$$N_j = Z^2 * p_j * (1-p_j) / b^2 = 3,84 * p_j * (1-p_j) / b^2$$

Ou à l'inverse déterminer le niveau de précision dont on pourra disposer compte tenu de la taille de l'échantillon sélectionné :

$$b = Z * \text{Racine_carrée} (p_j * (1-p_j) / N_j) = 1,96 * \text{Racine_carrée} (p_j * (1-p_j) / N_j)$$

Au total on pourra estimer F_j le taux de refus CMU dans une catégorie d'intérêt j donnée. L'intervalle de confiance à 95% de l'estimation s'écrira alors : $[F_j - b ; F_j + b]$.

Exemple numérique :

Si le taux de refus de la CMU dans un secteur donné d'une spécialité donnée vaut 30% et qu'on a pu obtenir un niveau d'échantillon suffisamment grand pour obtenir une précision de

5% alors on peut dire avec 95% de chances de ne pas se tromper que le taux de refus de la CMU dans cette catégorie est compris entre 25% et 35%.

Le niveau de précision peut aussi s'exprimer en valeur relative, c'est-à-dire en pourcentages de la fréquence estimée. Ici la précision absolue de 5%, rapportée au taux de refus estimé de 30% veut dire qu'on a une précision relative de 16,6% ($= 5\% / 30\%$).

Annexe 4

Tableau 4-1 Structure de l'échantillon en fonction du sexe du praticien

		Hommes				Femmes				Inconnus				Ensemble	
		N	%	N	% pondéré	N	%	N	% pondéré	N	%	N	% pondéré	N	N
Dentistes	-	60	61,2	60	61,2	35	35,7	35	35,7	3	3,1	3	3,1	98	98
Omnipraticiens	s 1	75	57,3	127	58,7	44	33,6	67	30,6	12	9,2	23	10,8	131	217
	s 2	52	60,5			23	26,7			11	12,8			86	
Ophtalmologues	s 1	22	40,0	74	50,7	28	50,9	74	47,1	5	9,1	6	2,2	55	154
	s 2	52	52,5			46	46,5			1	1,0			99	
Gynécologues	s 1	2	8,7	20	16,0	21	91,3	103	82,3	0	0,0	2	1,8	23	125
	s 2	18	17,6			82	80,4			2	2,0			102	
Radiologues	s 1	93	75,6	182	68,2	25	20,3	77	28,4	5	4,1	8	3,0	123	267
	s 2	89	61,8			52	36,1			3	2,1			144	
Total		463	53,8	463	53,8	356	41,3	356	41,3	42	4,9	42	4,9	861	861

Tableau 4-2 Structure par zone géographique / regroupement par arrondissement

		Centre				Nord-est				Nord-ouest				Sud-est				Sud-ouest				Total	
		N	%	N	% pdré	N	%	N	% pdré	N	%	N	% pdré	N	%	N	% pdré	N	%	N	% pdré	N	N
Dentistes	-	15	15,3	15	15,3	17	17,3	17	17,3	29	29,6	29	29,6	14	14,3	14	14,3	23	23,5	23	23,5	98	98
Omni-prat.	s1	18	13,7	33	15,4	36	27,5	48	21,5	28	21,4	51	23,7	33	25,2	41	18,2	16	12,2	44	21,2	131	217
	s2	15	17,4			12	14,0			23	26,7			8	9,3			28	32,6			86	
Ophtal mos	s1	8	14,5	34	24,6	15	27,3	26	13,5	14	25,5	39	25,3	10	18,2	26	16,5	8	14,5	29	20,2	55	154
	S2	26	26,3			11	11,1			25	25,3			16	16,2			21	21,2			99	
Gynécoss	s1	4	17,4	26	21,3	6	26,1	17	12,5	3	13,0	33	27,9	7	30,4	19	13,9	3	13,0	30	24,4	23	125
	s2	22	21,6			11	10,8			30	29,4			12	11,8			27	26,5			102	
Radios	s1	21	17,1	62	23,2	29	23,6	46	17,2	36	29,3	69	25,8	19	15,4	39	14,6	18	14,6	51	19,1	123	267
	s2	41	28,5			17	11,8			33	22,9			20	13,9			33	22,9			144	
Total		170	19,7	170	19,7	154	17,9	154	17,9	221	25,7	221	25,7	139	16,1	139	16,1	177	20,6	177	20,6	861	861

Tableau 4-3 : Structure par type de quartier

Regroupement par arrondissement :

Riches : 7, 8, 16, 6

Aisés : 15, 5, 1, 9

Intermédiaires : 14, 4, 17,3

Modestes : 12, 2 11, 13

Pauvres : 10,18, 20,19

		Riches				Aisés				intermédiaires				Modestes				pauvres				Total	
		N	%	N	% pond	N	%	N	% pond	N	%	N	% pond	N	%	N	% pond	N	%	N	% pond	N	%
Dentistes	-	29	29,6	29	29,6	22	22,5	22	22,5	18	18,4	18	18,4	15	15,3	15	15,3	14	14,3	14	14,3	98	98
Omni prat.	S1	17	13,0	53	25,7	19	14,5	38	17,8	31	23,7	46	20,9	19	14,5	27	12,2	45	34,4	53	23,4	131	217
	S2	36	41,9			19	22,1			15	17,4			8	9,3			8	9,3				
Ophtalmos	S1	11	20,0	51	37,4	8	14,6	25	16,8	8	14,6	28	19,4	15	27,3	26	13,5	13	23,6	24	13,0	55	154
	S2	40	40,4			17	17,2			20	20,2			11	11,1			11	11,1				
Gynécos	S1	3	13,0	38	31,5	3	13,0	32	27,0	1	4,4	18	15,5	9	39,1	21	14,8	7	30,4	16	11,2	23	125
	S2	35	34,3			29	28,4			17	16,7			12	11,8			9	8,8				
Radios	S1	33	26,8	108	40,5	20	16,3	39	14,6	25	20,3	41	15,4	13	10,6	36	13,5	32	26,0	43	16,1	123	267
	S2	75	52,1			19	13,2			16	11,1			23	16,0			11	7,6				
Total		279	32,4	279	32,4	156	18,1	156	18,1	151	17,5	151	17,5	125	14,5	125	14,5	150	17,4	150	17,4	861	861

Tableau 4-4 : répartition des répondants par strates

Les pourcentages correspondent au taux de réponses fournies par des secrétariats versus le praticien lui-même. Nous avons supprimé les cas où nous n'avons pas d'informations sur le statut de la personne qui répondait (39 cas).

	SECTEUR	Répondant (scénario avec annonce)	Fréquence	Ratio secrétaire/praticien
Dentistes		Médecin	27	
		Secrétariat	66	71,0 %
Omnipraticiens	1	Médecin	56	
		Secrétariat	55	49,6 %
	2	Médecin	40	
		Secrétariat	40	50,0 %
Radiologues	1	Médecin	3	
		Secrétariat	120	97,6 %
	2	Secrétariat	143	100,0 %
Gynécologues	1	Médecin	6	
		Secrétariat	16	72,7 %
	2	Médecin	11	
		Secrétariat	88	88,9 %
Ophtalmologues	1	Médecin	4	
		Secrétariat	49	92,5 %
	2	Médecin	5	
		Secrétariat	92	94,8 %
Total			821	81,5 %

Tableau 4-5 Répartition des praticiens en fonction de leur équipement permettant de lire la carte vitale

Proportion de Praticiens équipés de la CV (calculs avec pondérations)			
Spécialité	Secteur		Total
	%		
	1	2	
Dentistes			33,7
Généralistes	71,3	39,3	56,9
Radiologues	74,0	71,8	72,8
Gynécologues	65,2	41,6	44,1
Ophtalmologues	4,0	25,3	27,4
Total	70,1	39,7	44,8

Annexe 5 : modélisations

Tableau 5.1 : modélisation pour les médecins généralistes

Probabilité de refus de la CMU par les MG							
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Logit , coefs	Logit , odds ratios	Logit , odds ratios	Logit , coefs , poids	Logit , coefs , strates	Probit , coefs	Probit , eff. mgx
Genre = masculin	-0.754 (0.49)	0.470 (0.23)	0.517 (0.26)	-0.720 (0.53)	-0.754 (0.40)	-0.407 (0.27)	-0.0825 (0.058)
PS équipé CV	-1.561*** (0.50)	0.210*** (0.10)	0.216*** (0.11)	-1.573*** (0.47)	-1.561* (0.14)	-0.893*** (0.27)	- 0.188*** (0.061)
Log du rev. moy. de l'arrond.	2.041*** (0.50)	7.701*** (3.87)		2.011*** (0.49)	2.041 (0.35)	1.184*** (0.28)	0.222*** (0.054)
PS en secteur 2	0.945** (0.48)	2.573** (1.24)	2.677** (1.30)	0.942** (0.48)	0.945** (0.035)	0.506* (0.27)	0.101* (0.058)
Arrond. riche			2.317 (1.46)				
Arrond. aisé			0.496 (0.38)				
Arrond. modeste			0.227 (0.21)				
Arrond. pauvre			0.108* (0.12)				
Constant	-8.490*** (1.95)	0.000205*** (0.00040)	0.563 (0.36)	-8.386*** (1.88)	-8.490* (1.20)	-4.920*** (1.08)	
Observations	184	184	184	184	184	184	184
Pseudo R2	0.307	0.307	0.320	0.304		0.313	0.313
chi2	55.93	55.93	58.25	40.61		56.85	56.85
df_m	4	4	7	4	1	4	4
Log likelihood	-62.99	-62.99	-61.83	-65.31		-62.53	-62.53

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Les 2 premières colonnes correspondent à la même régression, mais dans la seconde les odds ratios sont reportés (et les coefficients simples dans la première)

Dans la 3^{ème} colonne, la variable de contrôle de l'environnement (le log du revenu moyen de l'arrondissement) est remplacé par 4 variables indicatrices qui correspondent à des regroupements d'arrondissements (référence = arrondissements intermédiaires)

Dans les colonnes 4 & 5, successivement les poids & la stratification (écart-type linéarisés selon la méthode de Taylor) sont pris en compte.

Enfin, un modèle alternatif (probit) est utilisé : les coefficients simples sont présentés dans la colonne 6 et les effets marginaux dans la colonne 7

La variable sur le type de répondant n'a pas été retenue car elle n'était jamais significative et faisait "perdre" une trentaine d'observations pour lesquelles elle n'était pas renseignée

Les variables de niveau de vie autres que le revenu moyen de l'arrondissement (proportion de "pauvres", proportion de ménages non imposables) n'ont pas été conservées car elles n'étaient pas significatives.

Tableau 5.2 : modélisation pour l'ensemble des praticiens

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	Logit , coefs	Logit , odds ratios	Logit , coefs	Logit , odds ratios	Logit , odds ratios
Dentistes	1.585*** (0.40)	4.882*** (1.96)	0.983** (0.42)	2.674** (1.13)	2.596** (1.11)
Généralistes, s 2	1.720*** (0.41)	5.587*** (2.30)	1.121** (0.44)	3.067** (1.34)	3.096** (1.36)
Radiologues, s 1	-0.805 (0.56)	0.447 (0.25)	-1.013* (0.58)	0.363* (0.21)	0.379* (0.22)
Radiologues, s 2	-0.483 (0.49)	0.617 (0.30)	-0.882* (0.51)	0.414* (0.21)	0.416* (0.21)
Gynécologues, s 1	0.754 (0.64)	2.126 (1.37)	0.788 (0.68)	2.199 (1.50)	2.265 (1.55)
Gynécologues, s 2	1.924*** (0.39)	6.847*** (2.67)	1.441*** (0.42)	4.227*** (1.78)	4.069*** (1.73)
Ophthalmologues, s 1	-0.130 (0.62)	0.878 (0.54)	-0.680 (0.64)	0.506 (0.32)	0.488 (0.31)
Ophthalmologues, s 2	1.542*** (0.40)	4.673*** (1.85)	0.755* (0.42)	2.127* (0.90)	2.051* (0.87)
Genre = masculin			0.0163 (0.22)	1.016 (0.22)	0.993 (0.22)
PS équipé CV			-1.303*** (0.23)	0.272*** (0.063)	0.281*** (0.065)
Log du rev. moy. de l'arrond.			0.927*** (0.22)	2.528*** (0.56)	
Arrond. riche					5.351*** (2.49)
Arrond. aisé					2.925** (1.44)
Arrond. Intermédr					4.417*** (2.18)
Arrond. modeste					2.470* (1.26)
Constant	-2.313*** (0.33)	0.0990*** (0.033)	-4.868*** (0.91)	0.00769*** (0.0070)	0.0764*** (0.042)
Observations	800	800	800	800	800
Pseudo R2	0.139	0.139	0.217	0.217	0.220
chi2	110.0	110.0	171.8	171.8	174.6
df_m	8	8	11	11	14
Log likelihood	-341.1	-341.1	-310.2	-310.2	-308.9

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Les 2 premières colonnes (coefs & odds ratios) correspondent à un test simple du taux de refus des différentes catégories de PS (spécialité + secteur) contre celui des MG de secteur 1 (la référence)

Dans les 2 colonnes suivantes (3 & 4), le même test est cette fois contrôlé par les variables explicatives habituelles (genre, CV, revenu de l'arrondissement)

Dans la 5^{ème} colonne, la variable de contrôle de l'environnement (le log du revenu moyen de l'arrondissement) est remplacé par 4 variables indicatrices qui correspondent à des regroupements d'arrondissements (référence = arrondissements pauvres)

Enfin les colonnes 6 à 9 permettent de vérifier la robustesse du modèle utilisé (utilisation des poids (6), prise en compte de la stratification (7), utilisation d'un modèle probit (8 & 9))

	(6)	(7)	(8)	(9)
	Logit , coefs , poids	Logit , coefs , strates	Probit , coefs	Probit , eff. mgx
Dentistes	1.030** (0.43)	0.983*** (0.10)	0.572** (0.23)	0.153** (0.074)
Généralistes, s 2	1.124*** (0.43)	1.121*** (0.086)	0.640*** (0.24)	0.177** (0.081)
Radiologues, s 1	-1.049* (0.57)	-1.013*** (0.047)	-0.520* (0.29)	-0.0904** (0.039)
Radiologues, s 2	-0.959* (0.51)	-0.882*** (0.092)	-0.496* (0.26)	-0.0885** (0.038)
Gynécologues, s 1	0.828 (0.69)	0.788*** (0.086)	0.409 (0.38)	0.107 (0.12)
Gynécologues, s 2	1.464*** (0.44)	1.441*** (0.14)	0.838*** (0.23)	0.241*** (0.080)
Ophtalmologues, s 1	-0.611 (0.66)	-0.680*** (0.13)	-0.320 (0.32)	-0.0586 (0.049)
Ophtalmologues, s 2	0.805* (0.44)	0.755*** (0.15)	0.458** (0.23)	0.117* (0.068)
Genre = masculin	0.0505 (0.32)	0.0163 (0.20)	0.00273 (0.13)	0.000586 (0.027)
PS équipé CV	-1.033*** (0.34)	-1.303*** (0.30)	-0.733*** (0.12)	-0.162*** (0.028)
Log du rev. moy. de l'arrond.	1.106*** (0.32)	0.927*** (0.23)	0.537*** (0.13)	0.116*** (0.027)
Arrond. riche				
Arrond. aisé				
Arrond. Intermédr				
Arrond. modeste				
Constant	-5.678*** (1.22)	-4.868*** (0.70)	-2.837*** (0.52)	
Observations	800	800	800	800
Pseudo R2	0.151		0.220	0.220
chi2	99.21		173.9	173.9
df_m	11	3	11	11
Log likelihood	-393.2		-309.2	-309.2