



RAPPORT DE RECHERCHE

N° 2019- 06

**LES REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES :
TESTS MULTICRITERES ET REPRESENTATIFS DANS
TROIS SPECIALITES MEDICALES**

SYLVAIN CHAREYRON, YANNICK L'HORTY, PASCALE PETIT

www.tepp.eu

TEPP - Travail, Emploi et Politiques Publiques - FR CNRS 3435



Travail de
Recherche
Innovant
Contribuant
à l'**E**valuation
du **R**efus
d'**A**ccès aux soins
par un **T**esting
sur l'**O**rigine
et la **P**récarité
Sociale

Rapport final
1er octobre 2019

Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales

Sylvain CHAREYRON
Université Paris-Est Créteil, ERUDITE et TEPP

Yannick L'HORTY
Université Paris-Est Marne-la-Vallée, ERUDITE et TEPP

Pascale PETIT
Université Paris-Est Marne-la-Vallée, ERUDITE et TEPP

Préambule

Ce rapport est le livrable final du projet de recherche TRICERATOPS dont l'objet est de réaliser un « Travail de Recherche Innovant pour Contribuer à l'Evaluation du Refus d'Accès aux soins par un Testing sur l'Origine et la Précarité Sociale ». Ce projet a été élaboré en réponse à l'appel conjoint du Défenseur des droits et du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie pour la réalisation d'une opération de testing en vue de mesurer le refus de soins discriminatoire à l'encontre des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Il a été rédigé par une équipe de chercheurs issus d'un même laboratoire, l'ERUDITE, appartenant à deux universités différentes : Sylvain Chareyron (Université Paris-Est Créteil, ERUDITE) ; Yannick L'Horty (Université Paris-Est Marne-la-Vallée, ERUDITE) et Pascale Petit (Université Paris-Est Marne-la-Vallée, ERUDITE).

Ce rapport a bénéficié du suivi du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, en particulier de l'accompagnement de Marianne Cornu-Pauchet, Vanessa Pideri, Quentin Anne, Marielle Chappuis, Vincent Lewandowski et Gwenaëlle Le Bohec.

Table des matières

Résumé.....	5
Introduction.....	6
1. Les discriminations dans l'accès aux soins : un état des lieux.....	9
2. Méthodologie : le protocole de l'étude TRICERATOPS	11
Un testing téléphonique.....	11
Trois spécialités médicales	12
Deux critères et leurs combinaisons : vulnérabilité économique et origine.....	13
Rédaction et tests préalables des scripts des demandes de rendez-vous.....	14
Des tests de couverture nationale, représentatifs de la diversité des cabinets	15
3. Les résultats de l'étude	16
Déroulement de la collecte des données.....	16
Représentativité de l'échantillon	17
Statistiques descriptives : des différences de traitement.....	18
Mesures toutes choses égales : les différences de traitement sont robustes.....	22
Les différences entre les spécialités et l'importance de l'interlocuteur.....	24
Le rôle déterminant du secteur d'activité.....	26
Les écarts selon les régions	28
Les effets de la densité médicale locale.....	29
Prise en compte d'autres indicateurs de résultats.....	31
Motifs invoqués par les professionnels de santé	32
Conclusion	33
Bibliographie.....	36
Annexe 1. Détails des scripts des demandes téléphoniques de rendez-vous.....	38
Annexe 2. Spécifications économétriques	42
Annexe 3. Résultats complémentaires.....	43

Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales

Sylvain Chareyron[‡], Yannick L'Horty[†], Pascale Petit[‡]

Résumé

Cette étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères : l'origine du patient, signalée par la consonance de ses noms et prénoms et une situation de précarité sociale, correspondant au fait de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Elle s'appuie sur un testing téléphonique représentatif au niveau national avec plus de 1500 cabinets couverts, 4500 demandes de rendez-vous et 3000 tests de discriminations effectifs. Elle conclut à une forte discrimination selon la précarité sociale, dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, sont le fait de 9% des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU-C, qu'elles sont plus marquées en secteur 2 même si elles sont significatives en secteur 1, qu'elles sont variables selon les régions, avec un pic en Ile-de-France, sans être reliées à la densité médicale locale. L'étude met aussi en évidence des discriminations selon l'origine, dans certaines régions seulement, et selon la religion présumée, signalée par la consonance du prénom, uniquement pour les psychiatres. Enfin, le total des refus de rendez-vous (licites et discriminatoires) reflète la réalité des difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42% des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'ont pas eu accès à un rendez-vous, ce taux variant de 25% à 66% selon la spécialité.

Mots-Clés : discrimination, accès au soin, refus de soins, testing, politiques publiques

Codes JEL : J14, J18, R31

Ce rapport a été élaboré en réponse à une demande conjointe du Défenseur des droits et du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU-C). La collecte des données a été réalisée par une équipe d'enquêtrices coordonnée par Denis Anne et Isabelle Walraevens. Le rapport a bénéficié des remarques de Marielle Chappuis et Vanessa Pideri (Défenseur des droits) et de Marianne Cornu-Pauchet, Quentin Anne et Gwenaëlle Le Bohec (Fonds CMU-C).

[†] Université Paris-Est, ERUDITE (EA 437), TEPP-CNRS (FR 3435), UPEC, UPEM, F-77454 Marne-La-Vallée, France, yannick.lhorty@u-pem.fr

[‡] Université Paris-Est, ERUDITE (EA 437), TEPP-CNRS (FR 3435), UPEC, UPEM, F-77454 Marne-La-Vallée, France, pascale.petit@u-pem.fr

[‡] Université Paris-Est, ERUDITE (EA 437), TEPP-CNRS (FR 3435), UPEC, UPEM, F-94000 Créteil, France, sylvain.chareyron@u-pec.fr

Introduction

La recherche sur les discriminations, qui s'est développée en France depuis le début des années quatre-vingt-dix, est globalement focalisée sur la mesure et l'interprétation du phénomène discriminatoire en privilégiant un petit nombre de motifs (le sexe, l'origine ou le lieu de résidence) et un petit nombre de marchés (essentiellement le marché du travail, plus récemment le marché du logement). Elle couvre de façon insuffisante certains domaines et certains critères. Le domaine de l'accès aux soins et le critère de la précarité sociale¹ font partie de ceux qui sont les moins couverts par la recherche.

Pourtant, le cadre juridique prohibant les discriminations s'applique pleinement dans l'accès aux soins qui est l'un des domaines reconnus par le droit. Certes, les professionnels de santé se voient reconnaître la possibilité de refuser de dispenser leurs soins comme le rappelle expressément l'alinéa 2 de l'article R. 4127-47 du code la santé publique : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. [...]* ». Toutefois, cette possibilité n'est légitime que dans certaines conditions qui s'inscrivent dans un cadre juridique complexe. Il convient de distinguer juridiquement les refus de soins selon qu'ils sont explicites et directs ou non, et selon qu'ils sont liés à la personne du patient ou non (Ministère de la santé, 2010). Les situations de refus de soins discriminatoires constituent un cas de refus de soins illicite (Dreyfus, 2014). Le code de la santé publique reprend les critères du code pénal et en particulier le refus de soigner un patient au prétexte qu'il est bénéficiaire d'une Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale d'Etat (AME). Un refus de soins discriminatoire à l'encontre d'une personne bénéficiaire de l'une de ces aides sous conditions de ressources, ciblée sur les ménages pauvres, est non seulement un acte contraire à la déontologie et à l'éthique médicale, mais aussi un délit au regard de la loi² et un sujet d'intérêt pour les autorités publiques (Ministère de la santé, 2010, Défenseur des droits, 2014).

¹ La loi n° 2016-832 du 24 juin 2016 « visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale », introduit dans le code pénal et le code du travail comme nouveau critère de discrimination prohibé, « la particulière vulnérabilité résultant de leur situation économique, apparente ou connue de son auteur ».

² Selon l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, « Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles. [...] »

Des tests de discriminations ont d'ores et déjà été conduits en France dans le domaine du refus de soins (Softic et Fontaine, 2002 ; Vélissaropoulos *et al.*, 2006 ; Desprès et Naiditch, 2006 ; Desprès et al. 2009). Mais ces tests, désormais anciens, ne portaient que sur des échantillons restreints de localités, sur des spécialités particulières et sur un faible nombre d'observations. Sur ces échantillons partiels, ces travaux ont mis en évidence de façon constante l'existence de situation de refus de soins discriminatoire à l'encontre des bénéficiaires d'aides sociales sous conditions de ressources, particulièrement pour les médecins généralistes et les spécialistes en secteur 2.

La présente étude s'appuie sur un testing téléphonique réalisé entre février et mai 2019 consistant à solliciter des rendez-vous auprès de larges échantillons de cabinets médicaux spécialisés, représentatifs au niveau national. Les tests couvrent trois spécialités médicales : gynécologues, chirurgiens-dentistes et psychiatres. Deux critères de discrimination sont testés : l'origine et le fait de bénéficier d'une aide sociale dans l'accès aux soins. Pour chaque spécialité, une prise de rendez-vous a été sollicitée par trois types de patientes (tous les candidats à l'accès aux soins sont des femmes) : une candidate de référence, une candidate révélant par son patronyme une origine africaine, une candidate indiquant bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou (une fois sur deux) de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)³. Notons qu'il est intéressant de tester ces dispositifs séparément dans la perspective de leur prochaine fusion en novembre 2019 (cf. encadré). Un total de 1500 cabinets a été testé (500 par spécialité), avec 4500 demandes effectives de rendez-vous. L'étude consiste en une exploitation statistique et économétrique des bases de données ainsi constituées.

Ce protocole permet d'identifier des situations de refus de soins discriminatoires explicites et directes. La circulaire n°33/2008 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) qualifie de refus de soins *stricto sensu* le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMU complémentaire. Ce refus peut prendre plusieurs formes : fixation tardive, inhabituelle et abusive d'un rendez-vous ; orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale énoncée ; refus d'élaborer un devis ; non respect des tarifs opposables (sauf en cas d'exigence particulière du patient ou, pour les actes dentaires, la facturation d'actes « hors panier de soins » ou hors nomenclature, sous réserve d'obtenir l'accord du patient et de lui remettre un devis) ; attitude et comportement discriminatoire du professionnel de santé ; refus de dispense d'avance des

³ La CMU-C et l'ACS sont en voie de fusion dans le cadre de la nouvelle protection complémentaire en matière de santé, dénommée « Complémentaire santé solidaire » -(cf. encadré).

frais ... Parmi toutes ces situations de refus de soins, nous testons uniquement le cas d'une discrimination directe où le refus de recevoir est énoncé lors de la prise de rendez-vous au titre de la CMU-C ou de l'ACS.

La première section rappelle les résultats des études précédentes sur la thématique du refus de soins discriminatoire. La deuxième section décrit la méthodologie du test de situation. Les résultats sont détaillés dans la troisième section.

PUMA, CMU-C, ACS, AME : Les aides publiques à l'accès aux soins

L'accès aux soins des ménages défavorisés est facilité par la prise en charge de leurs dépenses de santé au travers de deux types de remboursements : la part obligatoire est prise en charge par la prestation universelle maladie (PUMA), la part complémentaire (également appelée «ticket modérateur») est remboursée par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou l'aide à une complémentaire santé (ACS). Les sommes restant normalement à la charge du ménage (participation forfaitaire de 1 €, franchises médicales...) sont également remboursées.

Toutes les personnes qui travaillent ou qui résident en France de manière stable et régulière bénéficient d'un remboursement de la part obligatoire dans le cadre de la prestation universelle maladie (PUMA). Mise en œuvre depuis 2016, la PUMA a remplacé la couverture maladie universelle issue de la réforme de 1999.

En outre, les personnes qui résident en France de manière stable et régulière et dont les ressources mensuelles sont inférieures à 746 € bénéficient de la couverture maladie-universelle complémentaire, instaurée en 1999. La CMU-C donne droit à une prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Elle inclut aussi des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes ou les prothèses auditives. On dénombre 5,63 millions de bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2018 pour un coût budgétaire de 2,3 milliards d'euros (source : rapport d'activité du fonds CMU-C).

Les personnes dont les ressources mensuelles sont un peu supérieures, comprises entre 746 € et 1007 €, ont droit à l'aide à une complémentaire santé (ACS), créé en 2004 pour atténuer l'effet de seuil au sortir de la CMU-C. Cette aide permet de réduire, et dans certains cas de prendre en charge totalement, le montant d'une cotisation annuelle à une complémentaire santé. Le montant de l'aide est progressif avec l'âge du patient. On dénombre 1,65 millions de bénéficiaires de l'ACS au 31 décembre 2018 pour un coût budgétaire de 390 millions d'euros.

Les étrangers qui ne disposent pas d'un titre de séjour et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CMU-C peuvent bénéficier sous certaines conditions de l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui conduit à une prise en charge des dépenses de santé jusqu'à 100 % des tarifs maximum de l'assurance maladie. En 2018, on dénombre 317 000 bénéficiaires de l'AME pour un coût budgétaire de 848 millions d'euros.

A partir du 1er novembre 2019, la CMU-C et l'ACS vont fusionner pour créer la "complémentaire santé solidaire". La réforme correspond de fait à une extension de la CMU-C dans la mesure où les bénéficiaires accéderont au même panier de soins que celui de la CMU-C, en contrepartie d'une participation financière si leurs ressources correspondent à celles des bénéficiaires de l'ACS. Le montant maximal de la participation financière ne dépassera pas 1 euro par jour et sera progressif avec l'âge. Pour les moins de 29 ans, il sera de 8 euros par mois et il atteindra 30 euros par mois pour les 70

ans et plus. A terme, il n'existera donc plus qu'un seul dispositif, la CMU-C, avec ou sans participation financière, selon les plafonds de ressources qui existent actuellement.

1. Les discriminations dans l'accès aux soins : un état des lieux

Il existe une vaste littérature sur les inégalités sociales de santé (ISS) dont une partie est consacrée aux inégalités dans l'accès aux soins qui identifie les facteurs de différenciation individuels ou contextuels jouant un rôle indépendamment des pathologies des personnes et de leurs besoins de soins. Les études en France sont prioritairement focalisées sur la situation socio-économique des patients (voir par exemple Verboux, 2016), tandis que les travaux anglo-saxons s'intéressent également aux disparités des soins selon l'origine ethnique et la langue dans laquelle les patients s'expriment. Ces différences peuvent correspondre à des disparités du côté de l'offre ou du côté de la demande de soins. Lorsque l'on fait référence à la notion de refus de soin, on se focalise plus précisément sur les disparités du côté de l'offre de soin à la suite d'une action du praticien qui n'accorde pas l'accès au soin.

De nombreuses études ont mesuré la prévalence des refus de soins pour les bénéficiaires d'une aide publique à la complémentaire santé à partir d'enquêtes statistiques, en sollicitant directement l'expérience des personnes. L'une des premières références est une enquête de la DREES (2004), conduite auprès de 3000 bénéficiaires de la CMU-C, qui révélait que 15 % des personnes interrogées déclaraient avoir subi un refus de soins de la part d'un professionnel de santé parce qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU-C. L'une des dernières publications à recourir à des données d'enquêtes est l'article de Perret et al. (2019) qui utilise l'enquête « Enfants et familles sans logement » (ENFAMS) réalisée en 2003 auprès d'un échantillon de 801 familles sans domicile hébergées en Ile-de-France. Sur cette population particulièrement vulnérable, les auteurs trouvent une prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU-C ou de l'AME de 22,1 % (cf. encadré sur les différentes aides sociales destinées à favoriser l'accès aux soins). Ces données d'enquêtes sont intéressantes parce qu'elles documentent le ressenti des personnes, mais elles ne permettent pas d'identifier les refus de soins discriminatoires. La méthode la plus probante dans ce domaine est celle du testing dont le principe consiste à solliciter des demandes de soins émanant de deux patients fictifs, semblables en tous points sauf sur la base du critère testé.

Des tests de discriminations ont d'ores et déjà été réalisés en France dans le domaine du refus de soins, depuis deux décennies. Ces tests qui ont été menés par des associations et chercheurs ont permis de produire plusieurs résultats généraux. En premier lieu, les refus de soins sont plus fréquents dans les territoires urbains ; ils le sont aussi chez les médecins spécialistes ou les chirurgiens-dentistes.

Ensuite, ils se manifestent le plus souvent chez les professionnels de santé exerçants en secteur 2 qui pratiquent des honoraires libres. Enfin, ils ne sont pas toujours directs et peuvent revêtir un caractère caché en prenant par exemple la forme d'une réorientation vers d'autres professionnels de santé.

Les premières études qui ont permis d'attester la réalité des refus de soins discriminatoires ont été réalisées en 2002 et en 2006 par Médecins du monde, sur un échantillon d'une dizaine de ville, auprès de dentistes puis de médecins libéraux pour tester les inégalités d'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide médicale d'Etat (Softic et Fontaine, 2002 ; Vélissaropoulos *et al.*, 2006). Des testing de portée scientifique ont été commandés par la suite par le Fonds CMU-C (Desprès et Naiditch, 2006 ; Desprès *et al.* 2009 et 2012) qui ont mis en évidence une prévalence des refus de soins plus élevée pour les praticiens pratiquant des honoraires libres.

Ces tests sont désormais anciens, ils portent sur des échantillons restreints et des périmètres géographiques réduits (tableau 1). Ils portent sur la Couverture maladie universelle (CMU), sur la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et sur l'Aide médicale d'Etat, l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) n'avait, en effet, pas encore fait l'objet d'une étude conduite par testing. Enfin, en 2015, l'association AIDES a réalisé un testing spécifique sur les refus de soins à l'encontre des patients vivant avec le VIH par les cabinets dentaires et de gynécologie.

Tableau 1. Les études par testing sur le refus de soins : un état des lieux

Auteur / Institution	Date du test	Volume	Couverture géographique	Cible	Résultats
Softic et Fontaine/Médecins du monde	2002	230	11 villes	Dentistes libéraux	35,3 % de refus de soins pour les bénéficiaires de la CMU.
Vélissaropoulos <i>et al</i>	2006	725	10 villes (Paris, Marseille, Lyon, Saint-Denis, Vénissieux, Le Havre, Nancy, Pau, Valenciennes, Cayenne).	Médecins libéraux	Taux global de refus estimé à 10 % pour les bénéficiaires de la CMU et à 37 % pour l'AME. Fortes disparités selon la ville et le secteur d'activité.
Desprès et Naiditch/ Fonds CMU-C	2006	215	6 communes du Val-de-Marne	Médecins généralistes, spécialistes et dentistes	Taux de refus de soins discriminatoire de 40 % pour la CMU-C chez les médecins spécialistes et les dentistes, 15 % chez les généralistes en secteur 2, nul en secteur 1
Desprès et al. /IRDES/ Fonds CMU-C	2009	861	Paris	Médecins spécialistes	Taux de refus de soins discriminatoire de 25,5 % pour la CMU-C. De 5,2 % à 38,1 % selon les spécialités
Desprès et al. /IRDES/ Fonds CMU-C	2012	443	Deux départements ruraux : Orne et Nièvre	Médecins généralistes, spécialistes, dentistes et kinésithérapeutes	Taux de refus de soins discriminatoire de 3,8 % en moyenne dans les deux départements pour la CMU-C.

AIDES	2015	440 dentistes, 116 gynécologues	20 villes	Chirurgiens- dentistes et gynécologues	20,4 % de refus de soins discriminatoires pour les chirurgiens-dentistes, 18,9 % pour les gynécologues à l'encontre des patients séropositifs
-------	------	--	-----------	--	---

Les résultats des travaux issus de testing sont cohérents avec les résultats des enquêtes qualitatives. On peut évoquer ici le travail réalisé par Carde (2007) qui a interrogé 175 professionnels de l'accès aux soins (administratifs, soignants et travailleurs sociaux) en France métropolitaine et en Guyane, la conduisant à distinguer plusieurs types de processus discriminatoires, à la fois directs et indirects, selon l'origine des patients. On peut évoquer également l'enquête qualitative de Desprès (2017) qui a mené 48 entretiens approfondis avec des médecins généralistes, des spécialistes et des dentistes pour étudier les modes de différenciation des pratiques médicales à destination des ménages pauvres, en mettant en évidence le caractère polymorphe des formes de refus de soins.

2. Méthodologie : le protocole de l'étude TRICERATOPS

Le projet TRICERATOPS, réalisé à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, est un projet à grande échelle : 1500 cabinets couverts, 4500 demandes de rendez-vous et 3000 tests de discriminations exploitables. Par rapport aux travaux antérieurs, plusieurs originalités peuvent être soulignées.

Un testing téléphonique

Tout d'abord, il s'agit d'un testing téléphonique, alors que dans d'autres domaines, la grande majorité des testing utilisent aujourd'hui la méthode du test de correspondance (sous forme d'envois de courriers électroniques). Des tests d'accès aux soins ont été réalisés sous la forme la plus usuelle de prise d'un rendez-vous médical, la demande téléphonique. Seule l'étape de prise de rendez-vous a été testée c'est-à-dire la réponse du secrétariat médical ou du professionnel de santé après avoir eu connaissance du statut de bénéficiaire du testeur. Il s'agit donc d'exploiter des réponses à des demandes qui ont un caractère spontané et qui ne contenaient aucun caractère d'urgence médicale.

La méthode du testing, ou test de situation, est largement utilisée dans la littérature sur les discriminations et est reconnue comme étant l'une des seules permettant d'apporter une preuve objective et directe d'une différence de traitement entre des candidats à une offre. Elle est aujourd'hui principalement utilisée dans le domaine de l'emploi ou du logement. Le recours à cette méthode dans le domaine de l'accès aux soins présente plusieurs avantages spécifiques. On peut évoquer en premier lieu le fait qu'il n'est pas nécessaire de construire des candidatures fictives détaillées, ce qui peut limiter la validité externe des testing réalisés sur le marché du travail. Pour autant, il est nécessaire de définir

les demandes avec un argumentaire pré-déterminé de façon à augmenter les chances de succès des demandeurs. Ensuite, on ne sélectionne pas a priori des offres d'emploi ou de logement et on ne s'expose donc à aucun biais de sélection du point de vue de la structure des offres et des entreprises. L'inconvénient principal est que les tests sont nécessairement des tests téléphoniques ce qui entraîne un surcoût relativement à des tests électroniques. Le coût de production du testing est alourdi, parce qu'il est nécessaire de déterminer a priori les cabinets testés et d'organiser une campagne de collecte des données.

Trois spécialités médicales

Le test de situation couvre ici trois spécialités : gynécologues, chirurgiens-dentistes et psychiatres. Le choix a été fait de tester 500 cabinets pour chacune des trois professions, soit 1500 cabinets au total ⁴. Il s'agit non seulement de mesurer les refus de soins discriminatoires dans chacune des trois spécialités médicales mais aussi d'avancer dans l'interprétation de leurs déterminants, ce qui suppose une réserve de puissance statistique. Les spécialités testées correspondent à des professions en accès direct, hors parcours de soins coordonné.

Les testing qui mesurent les discriminations dans l'accès à l'emploi sur une profession donnée comportent un nombre de tests compris le plus souvent entre 100 et 300 tests. Certes, les testing les plus anciens, dans les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix étaient parfois en dehors de cet intervalle, à l'image du travail de référence de Neumark et al. (1996) sur la discrimination par la clientèle qui ne porte que sur 65 offres issues du secteur de la restauration. Parmi les testing scientifiques les plus récents réalisés en France, Duguet et al. (2010) testent 140 offres de comptables. Adida et al. (2010) répondent à un peu plus de 130 offres d'emploi. L'Horty et al. (2011) testent 307 offres dans l'informatique. Valfort (2015) se fixe un seuil minimal de 200 offres d'emploi par type de candidature. Pierné (2013) envoie ses candidatures à 300 offres d'emploi. Ce nombre est respectivement de 245 et de 253 pour les serveurs et les cuisiniers testés par Bunel et al. (2016) tandis que Petit et al. (2016) examinent 117 offres de serveurs. Dans le domaine de l'accès aux soins, les opérations de testing qui ont été réalisées dans le passé ont porté sur des effectifs compris entre 116 et 861 cabinets (cf. tableau 1, supra).

⁴ L'unité d'observation est ici le cabinet tel qu'il figure dans l'annuaire de l'assurance maladie. Il s'agit donc d'une adresse physique qui est celle d'un professionnel de santé, que celui-ci travaille seul, avec un secrétariat médical ou dans un centre de soin.

Deux critères et leurs combinaisons : vulnérabilité économique et origine

A l'heure actuelle, 25 critères sont prohibés par le droit et par les engagements européens de la France et il n'est techniquement pas possible de construire un protocole permettant de couvrir l'ensemble de ces critères. Le champ de l'évaluation a été limité à deux critères de discriminations : la vulnérabilité économique, qui correspond ici au fait d'être bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, d'une part, et d'autre part l'origine. Le premier critère est le seul qui a été étudié dans le cadre de l'accès aux soins en France. Le deuxième critère, l'origine, est le plus étudié en matière de discriminations notamment dans l'emploi. En revanche, il n'a encore jamais été examiné par des méthodes de testing dans le cadre de l'accès aux soins. Le protocole de la présente recherche permet de mesurer la prévalence du refus de soins selon ces deux critères et selon leur combinaison. L'un des objectifs est en particulier d'étudier séparément la prévalence des refus de soins pour la CMU-C et l'ACS

La CMU-C et l'ACS contribuent à lever les barrières financières de l'accès aux soins pour plus de 7 millions de personnes démunies qui en bénéficient à fin mai 2019 (5,64 millions pour la CMU-C et 1,7 million pour l'ACS). Il s'agit d'aides sociales attribuées sous conditions de ressources⁵. Lorsqu'ils consultent un médecin, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires (cf. encadré).

Dans cette étude, tous les patients fictifs sont des femmes. Il a été choisi de définir des profils uniquement de femmes, l'objet de la recherche n'étant pas de tester les discriminations dans l'accès aux soins associées au genre.

Deux origines ont été considérées : une candidate qui signale par son prénom et son patronyme une origine française et une candidate dont le patronyme signale une origine africaine. Le prénom de cette seconde patiente suggère une religion musulmane (par exemple Fatou, Aïcha, Aminata) ou non musulmane (par exemple Grâce, Philomène, Honorine), la sélection du prénom étant aléatoire⁶. Le choix a été fait d'une candidate issue d'un pays d'Afrique de l'Ouest parce qu'il s'agit d'une origine très représentée dans les personnes d'origine étrangère qui résident en France. Des patronymes répandus ont été choisis qui signalent sans ambiguïté une origine d'un pays d'Afrique de l'ouest. Notons qu'en matière d'accès aux soins de santé, les discriminations liées à l'origine ne relèvent pas nécessairement de discriminations pures au sens de Becker. Elles peuvent aussi traduire les difficultés des praticiens à

⁵ Au premier avril 2019, le plafond de ressources pour bénéficier de la CMU-C était de 746 € pour une personne seule. Celui de l'aide complémentaire de santé est majoré de 35 %, soit 1007 €.

⁶ Plusieurs campagnes de testing réalisées en France ont montré un effet spécifique de la religion supposée des candidats à l'emploi, potentiellement distinct de celui de leur origine (Valfort, 2015).

interpréter les symptômes rapportés par les patients issus des minorités étrangères, compte tenu des différences linguistiques et culturelles (Balsa et MacGuire, 2001, Desprès, 2017).

Quatre profils de patientes ont été construits. Deux profils de patientes effectuent une demande à tous les cabinets (la candidate de référence et la candidate CMU-C ou ACS), soit 1500 demandes chacun. Les deux autres profils (une candidate d'origine africaine et une candidate d'origine africaine bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS) effectuent une demande une fois sur deux, soit 750 demandes chacun.

Pour chaque professionnel de santé testé, trois profils de candidats aux soins ont été envoyés systématiquement, sur deux jours consécutifs pour minorer le risque de détection. Ces candidats contactent le même cabinet. La mesure des discriminations n'est donc pas affectée par un risque de biais de composition des cabinets, qui peut mettre en jeu à la fois des variables observables et inobservables (professionnels de santé différents, secrétariats et organisations du cabinet différents...). On se prémunit contre ce type de biais en envoyant les demandes des trois patientes au même échantillon de cabinets⁷.

Rédaction et tests préalables des scripts des demandes de rendez-vous

Les trois patientes fictives étaient :

- une patiente donnant un nom et un prénom à consonance française (patiente de référence);
- une patiente donnant un nom et un prénom à consonance française et indiquant soit qu'elle était titulaire de la CMU Complémentaire (1 fois sur 2), ou de l'Aide au paiement de la Complémentaire Santé (ACS, 1 fois sur 2) ;
- une patiente donnant un nom et un prénom à consonance africaine indiquant une fois sur deux le bénéfice d'une aide (CMU-C et ACS en alternance) ; pour chaque professionnel de santé, le type d'aide à complémentaire annoncé était le même que celui de la patiente n°2.

La patiente de référence appelait systématiquement en dernier. Un test n'était valide que si les trois patientes parvenaient à entrer en contact téléphonique direct pour demander un rendez-vous.

Les scripts de prises de rendez-vous sont à la fois simples et neutres. En cas de demande de précision de la part du secrétariat médical pour le motif du rendez-vous (quasi-systématique), le motif médical modal de consultation dans chaque spécialité a été indiqué, sans urgence médicale pour ne pas biaiser

⁷ En outre, d'un point de vue statistique, raisonner sur les mêmes cabinets permet, en analysant les différences de taux de réponse, d'annuler l'effet fixe sur les inobservables.

les résultats en raison de l'indisponibilité du professionnel de santé. Les motifs de consultation ont été rédigés pour être équivalents en nature d'un candidat à l'autre, et en intensité d'une profession à l'autre. Ce faisant, les résultats des tests sont comparables d'une profession de santé à une autre. Les demandes de RDV des trois patientes avaient ainsi un caractère similaire à l'exception du critère testé. En particulier, elles suggéraient la même absence d'urgence. Les scripts ont été rédigés sur cette base dans un souci de réalisme avec suffisamment de détails pour limiter le risque que l'appelante ait à répondre à des réponses non anticipées (source de biais). Les scripts prévoyaient aussi de ne pas aboutir à une prise formelle de RDV pour éviter d'encombrer les cabinets avec de fausses demandes de rendez-vous. Les rendez-vous acceptés ont donc été tous annulés.

Les scripts de demande de prises de rendez-vous ont été testés avec deux volets distincts de tests. Tout d'abord, deux secrétaires médicales, avec une longue expérience en cabinet médical spécialisé, ont été interrogées pour valider le réalisme des scripts de demandes de rendez-vous. En particulier, a été validé avec elles le fait qu'il était réaliste que les demandeurs annoncent d'emblée leurs caractéristiques distinctives, en précisant par exemple dès le début de la conversation qu'ils étaient bénéficiaires de la CMU-C⁸. Ensuite, les scripts ont été validés dans une phase de test préliminaire avec la plateforme de testeurs rattachée à la fédération TEPP au cours d'une journée de tests préalables pour chacune des trois professions. Cette phase de test a confirmé que le fait d'annoncer le bénéfice d'une aide à la complémentaire santé (ACS ou CMU-C) lors de la prise de RDV téléphonique était réaliste. Les scripts de prise de contact ont pu être modifiés à la marge à l'issue de cette phase de test. Les scripts retenus figurent en annexe 1 de ce rapport.

Pour éviter tout biais, ces scripts ont par ailleurs été attribués au hasard aux trois enquêtrices qui ont réalisé les tests et ils ont été permutés entre elles de façon aléatoire tout au long du testing.

Des tests de couverture nationale, représentatifs de la diversité des cabinets

Une originalité du projet TRICERATOPS, relativement à l'ensemble des autres opérations de testing réalisées en France, est de fournir une mesure représentative du niveau de discriminations dans chaque spécialité médicale. Cette représentativité est garantie par la sélection par tirage au sort des cabinets dans une base de sondage. Le testing est donc représentatif de l'ensemble de la diversité des professions médicales ciblées par l'étude, y compris spatiale.

⁸ Cela rejoint également les remontées faites au Fonds CMU-C par les associations représentantes des personnes en situation de précarité ou les personnes elles-mêmes : fréquemment les bénéficiaires préfèrent annoncer leur qualité de bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS pour éviter d'être ensuite mal reçu. En outre, les CPAM incitent parfois les personnes à se présenter en tant que bénéficiaire d'une prestation afin de s'assurer d'être reçu par un professionnel de santé

La sélection aléatoire des cabinets médicaux testés a été réalisée à partir de la base de données du site de référence de l'assurance maladie mise à disposition du public (Ameli.fr). Le site fournit une liste exhaustive des gynécologues (environ 6000 cabinets), psychiatres (environ 6000 cabinets) et chirurgiens-dentistes (environ 35 000 cabinets). Trois échantillons de spécialistes ont été constitués par tirage aléatoire dans cette base de sondage. La représentativité de ces échantillons a été vérifiée selon différents critères, notamment la répartition géographique et la densité médicale (cf. infra). Les fichiers comprennent la raison sociale de chaque cabinet, leur adresse et leur numéro de téléphone. Ont été également collectés sur la base Ameli.fr le secteur d'activité et le tarif pratiqué pour une intervention type.

3. Les résultats de l'étude

Déroulement de la collecte des données

La campagne d'appel a été étalée sur trois mois, de début février à fin avril 2019. Les standards des cabinets sont fréquemment saturés et il est souvent nécessaire d'appeler à de nombreuses reprises pour entrer en contact avec le/la secrétaire médicale. Deux à trois tentatives ont parfois été réalisées pour obtenir un contact. En cas de réussite du premier appel, le deuxième appel était réalisé. Un plus grand nombre de rappels a alors été réalisé pour tenter d'avoir deux contacts téléphoniques. Enfin, la patiente de référence a, à son tour, tenté de contacter le professionnel de santé pour obtenir un test valide. A nouveau, un nombre d'appels parfois important a été réalisé, jusqu'à l'obtention du rendez-vous.

Le tableau 2 donne les principales informations sur les contacts pris. Il n'est indiqué ici que les nombres de médecins contactés, pas le nombre total d'appels. Au total, 3 373 cabinets ont été contactés, pour parvenir à 1 513 tests valides.

Tableau 2. Nombre total d'appels selon la spécialité médicale et le type de patiente

		Nombre de contacts par type de patiente		
		Africaine	CMU/ACS	Référence = nombre de tests valables
Type de patiente fictive				
Spécialité du médecin	Gynécologue	556	548	505
	Dentiste	565	543	500
	Psychiatre	661	656	508

	Total	1782	1747	1513
--	--------------	-------------	-------------	-------------

Note de lecture : Un test est valable lorsque les trois profils de patientes ont obtenu le même interlocuteur lors de leur appel. Par exemple, 556 demandes de RDV ont été faites par téléphone par une patiente de profil africain auprès d'un gynécologue. Sur ces 556 demandes, 505 ont abouti à un décroché pour les trois profils de patientes.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Représentativité de l'échantillon

Un échantillon d'au moins 500 professionnels de santé a été obtenu, pour chacune des spécialités de médecine étudiées, par sélection aléatoire dans la population totale des médecins de France métropolitaine. Le tableau 3-A présente les caractéristiques des trois échantillons et celles de la population totale des trois spécialités de médecine concernées pour quelques grandes zones géographiques. On observe que la répartition spatiale et le conventionnement des professionnels de santé de ces échantillons est très proche de celui de la population totale. Le tableau 3-B donne les effectifs de cabinets correspondant pour chacune des trois spécialités.

Tableau 3-A. Représentativité des échantillons pour quelques zones géographiques

Chirurgien-dentiste		
	Base de test Proportion	Population totale Proportion
Ile-de-France	0,19	0,16
Paris	0,07	0,06
Lyon	0,04	0,03
Marseille	0,04	0,04
Secteur 2	Proche de 0	Proche 0
Observations	500	35 848
Gynéco-obstétricien		
	Base de test Proportion	Population totale Proportion
Ile-de-France	0,26	0,20
Paris	0,13	0,10
Lyon	0,03	0,05
Marseille	0,07	0,07
Secteur 2	0,61	0,59
Observations	505	5 974
Psychiatre		
	Base de test Proportion	Population totale Proportion
Ile-de-France	0,27	0,28
Paris	0,17	0,19
Lyon	0,04	0,05
Marseille	0,07	0,08
Secteur 2	0,37	0,33
Observations	508	6 895

Note de lecture : Dans l'échantillon testé de chirurgiens-dentistes, on dénombre 19 % de cabinets en Ile-de-France, contre 16 % pour l'ensemble des chirurgiens-dentistes.

Note : La proportion de secteur 2 dans la population totale est obtenue à partir des données du site www.ecosante.fr

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Tableau 3-B Effectifs par secteur d'activité

Spécialité	Secteur 1	Secteur 2	Total
Dentiste	1236	0	1236
Gynécologue	564	873	1437
Psychiatre	849	507	1356
Total	2649	1380	4029

Statistiques descriptives : des différences de traitement

En rapportant le nombre de rendez-vous obtenus au nombre de demandes, on obtient le taux de succès moyen de chacune des patientes fictives qui correspond à un taux d'accès aux soins. Ces données brutes figurent dans le tableau 4. Elles sont représentées sous forme de graphiques par la suite.

Globalement, la patiente de référence a obtenu 1 058 rendez-vous à la suite de ses 1 513 demandes. Son taux de succès est de 70 % : elle s'est vu refuser l'accès aux soins dans 30 % des cas. On retiendra que le refus de soins ainsi mesuré correspond donc à 30 % des demandes de rendez-vous. Lorsque les enquêtrices interrogent les professionnels de santé sur les raisons du refus de soins, ces derniers évoquent une fois sur deux (49,9 %) le fait qu'ils n'acceptent plus de nouveaux patients. Dans 20,6 % des cas, ils indiquent que leur planning est rempli et invitent la patiente à les rappeler ultérieurement. Dans 20,4 % des cas, ils déclarent ne pas gérer ce type de pathologie. Ces différentes configurations de refus de soins présentent un caractère *a priori* licite

La patiente bénéficiaire d'une aide sociale de type CMU-C ou ACS a obtenu de son côté 881 rendez-vous, soit un taux de succès de 58 %. Cette proportion exprime assez bien les difficultés des personnes en vulnérabilité économique en matière d'accès aux soins : 42 % d'entre elles ne parviennent pas à obtenir un rendez-vous. La différence des taux de succès caractérise le refus de soins discriminatoire. Elle est ici de 12 % : 12 % des cabinets contactés ont refusé un rendez-vous à la patiente qui bénéficiait de la CMU-C ou de l'ACS alors qu'ils ont proposé un rendez-vous à une patiente non bénéficiaire qui formulait le même type de demande de rendez-vous pour le même type de pathologie n'ayant pas de caractère d'urgence. Ainsi, des différences parfois importantes existent selon les profils des patients. Les écarts sont constants dans les trois spécialités et ils apparaissent à la fois forts et

univoques. Les refus de soins discriminatoires sont le fait de 12 % des cabinets, 9% pour les dentistes, 11 % pour les gynécologues et 15 % pour les psychiatres.

Le graphique 1 présente ces taux de réponses positives (prise de rendez-vous) obtenues par la patiente d'origine française et la patiente d'origine africaine pour les différentes spécialités de médecine testées. Le taux de prise de rendez-vous chez les psychiatres est beaucoup plus faible que pour les spécialités de dentiste et gynécologue. Quelle que soit la spécialité, on n'observe, en revanche, aucune différence significative de réponse pour les deux patientes, selon l'origine.

Concernant les différences de réponse selon que la patiente bénéficie ou non de la CMU-C, le graphique 2 montre que le taux de réponse de la patiente titulaire de la CMU-C est toujours plus faible que celui de celle ne la possédant pas (la différence n'est pas significative chez les dentistes à ce stade de l'analyse des statistiques brutes). Le même phénomène s'observe concernant l'ACS (Graphique 3), pour laquelle les écarts sont plus importants et sont significatifs dans chacune des trois spécialités.

Tableau 4. Nombre de contacts et de rendez-vous obtenus par spécialités, selon le profil de la patiente (effectifs bruts)

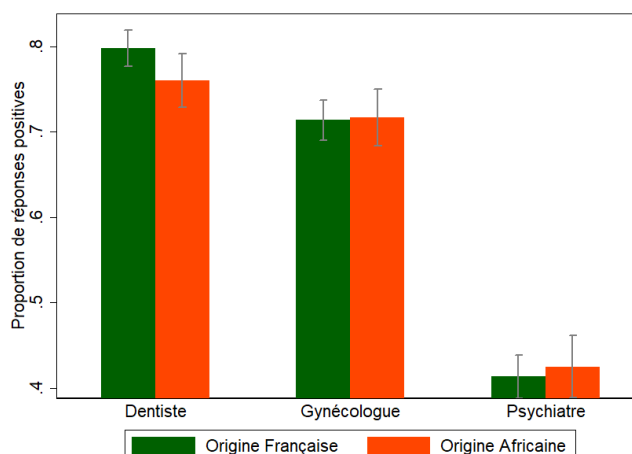
	Demandes de rendez-vous	Rendez-vous obtenus	% de rendez-vous obtenus	% de refus totaux	% de refus de soins discriminatoire
Globalement					
Référence	1513	1058	70%	30%	
CMU-C/ACS	1513	881	58%	42%	12%
Africaine sans CMU-C/ACS	725	507	70%	30%	0%
Africaine CMU- C/ACS	788	451	57%	43%	13%
Ensemble	4539	2897	64%	36%	6%
Dentistes					
Référence	500	421	84%	16%	
CMU-C/ACS	500	377	75%	25%	9%
Africaine sans CMU-C/ACS	236	189	80%	20%	4%
Africaine CMU-C/ACS	264	191	72%	28%	12%
Ensemble	1500	1178	79%	21%	5%
Psychiatres					
Référence	508	248	49%	51%	
CMU-C/ACS	508	172	34%	66%	15%
Africaine sans CMU-C/ACS	245	126	51%	49%	- 2%
Africaine CMU-C/ACS	263	90	34%	66%	15%
Ensemble	1524	636	42%	58%	7%
Gynécologues					

Référence	505	389	77%	23%	
CMU-C/ACS	505	332	66%	34%	11%
Africaine sans CMU-C/ACS	244	192	79%	21%	- 2%
Africaine CMU-C/ACS	261	170	65%	35%	12%
Ensemble	1515	1083	71%	29%	6%

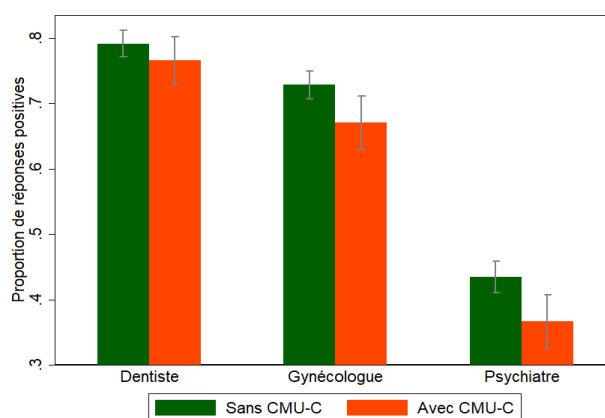
Note de lecture : Le refus de soins discriminatoire correspond à la différence entre le taux d'accès aux soins de la patiente de référence et celui de la patiente potentiellement discriminée. Ainsi 12% des patientes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ont subi un refus de soins discriminatoire de la part du cabinet médical.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

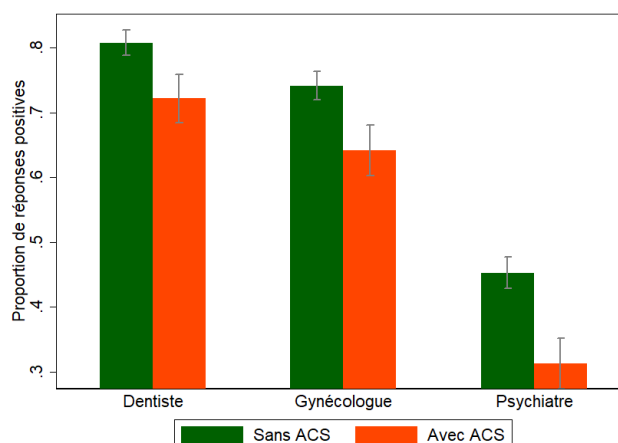
Graphique 1. Taux d'obtention d'un rdv selon l'origine des patientes



Graphique 2. Taux d'obtention d'un rdv selon la précarité sociale (avec et sans CMU-C)



Graphique 3. Taux d'obtention d'un rdv selon la précarité sociale (avec et sans ACS)



Notes : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.
Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Mesures toutes choses égales : les différences de traitement sont robustes

Le tableau 5 présente les résultats de l'analyse économétrique qui permet de mettre en évidence l'effet des caractéristiques de la patiente (bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS, origine) sur sa probabilité d'obtenir un rendez-vous, *toutes choses égales par ailleurs*. La variable à expliquer est « obtenir un rendez-vous ou ne pas l'obtenir ». L'annexe 2 précise les spécifications retenues pour l'estimation : modèles probit à effets aléatoires. Des effets aléatoires sont introduits car les réponses liées à un même cabinet ne sont pas indépendantes. Lorsqu'une patiente fictive obtient une réponse positive, il est fréquent que les autres patientes fictives obtiennent également une réponse positive avec le même cabinet. La corrélation intraclasse est d'environ 80%, ce qui signifie que 80% de la variance de la probabilité qu'une des patientes fictives puisse prendre un rendez-vous est due au comportement de l'interlocuteur. Les effets marginaux moyens sont présentés dans le tableau 5.

Les résultats varient peu avec l'introduction de variables de contrôle, qui permet de tenir compte du mois, du jour et du moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, de la spécialité médicale, du sexe de l'interlocuteur, de la qualité de l'interlocuteur et de l'identité de l'enquêtrice (trois enquêtrices ont participé au testing et leur rôle a été permuté aléatoirement tout au long de la collecte des données). Les estimations prennent aussi en compte de variables d'interaction entre origine et couverture maladie (cf. colonnes (2) et (3) du tableau 5). Le taux d'obtention d'un rendez-vous ne varie pas significativement en fonction de l'origine de la patiente. De même, la consonance musulmane du prénom africain n'apparaît pas affecter la probabilité d'obtenir un rendez-vous (on verra ultérieurement que ce n'est pas le cas lorsque l'on considère chaque spécialité de façon séparée). Le taux de réponse des patientes possédant la CMU-C ou l'ACS est, en revanche, inférieur de respectivement 8 et 13 points de pourcentage par rapport aux patientes qui ne bénéficient pas de ces dispositifs. On observe ainsi que la pénalité liée à l'ACS est significativement plus forte que la pénalité liée à la CMU-C. L'écart relatif est d'environ 50 % au détriment des bénéficiaires de l'ACS. Cet écart peut traduire une moindre connaissance du dispositif ou encore des anticipations des professionnels de santé sur la complexité du dispositif, des contraintes administratives, des délais et rejets de remboursements par les caisses primaires d'assurance maladie.

En colonne (3) du tableau 5, les croisements Origine africaine × CMU-C et Origine africaine × ACS sont non significatifs, indiquant que l'origine africaine n'augmente pas la pénalité subie par les patientes ACS et CMU-C. En d'autres termes, l'effet pénalisant d'une aide sociale pour l'accès aux soins est subi par les patientes de toutes origines. Il en va de même pour les croisements avec la variable indiquant la religion supposée de la patiente (sur la base du signal envoyé par son prénom) qui n'est pas non plus significative.

Tableau 5. Effet de l'origine et des dispositifs CMU-C et ACS sur l'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)	(3)
Origine africaine	-0,005 (0,013)	-0,010 (0,014)	-0.020 (0.021)
CMU-C	-0,092*** (0,013)	-0,085*** (0,014)	-0.085*** (0.016)
ACS	-0,135*** (0,014)	-0,134*** (0,014)	-0.138*** (0.016)
Musulmane	0,000 (0,018)	-0,009 (0,018)	0.005 (0.026)
Origine africaine × CMU-C			0.005 (0.036)
Origine africaine × ACS			0.029 (0.030)
Musulmane × CMU-C			-0.012 (0.045)
Musulmane × ACS			-0.038 (0.041)
Contrôles	NON	OUI	OUI
AIC	4615,533	4117,093	4120,875
Nombre d'observations	4 539	4 405	4 405

Notes : *** $p < 0.01$ (très significatif), ** $p < 0.05$ (significatif), * $p < 0.1$ (significatif faiblement). Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice (trois enquêtrices ont participé au testing et leur rôle a été permuté aléatoirement tout au long de la collecte des données).

Note de lecture : les résultats des estimations indiquent que le fait pour un patient d'indiquer qu'il bénéficie de la CMU-C diminue de 9,2 points de pourcentage sa probabilité d'obtenir un rendez-vous, lorsque l'on n'introduit aucune variable de contrôle et de 8,5 points de pourcentage lorsqu'on introduit à la fois des variables de contrôle et des effets croisés.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Les différences entre les spécialités et l'importance de l'interlocuteur

Il s'agit désormais de s'intéresser à l'hétérogénéité des différents types de discrimination en fonction de la spécialité concernée et des caractéristiques de l'interlocuteur (praticien(ne)/secrétaire et femme/homme). Pour cela, a été réalisée, pour chaque sous-population, une estimation similaire à celle dont les résultats sont présentés en colonne (2) du tableau 5. Les résultats sont présentés dans le tableau 6 où chaque colonne correspond à une sous-population.

Le résultat est globalement celui d'une absence de différence significative de discrimination à l'origine entre les différents sous-groupes testés. En revanche, lorsqu'une patiente d'origine africaine cherche à prendre un rendez-vous chez le psychiatre, la consonance musulmane du prénom s'avère pénalisante.

La pénalité est alors une baisse moyenne de 6,5 points de pourcentage de la probabilité d'obtenir un rendez-vous médical.

L'ampleur de la discrimination des patientes bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS triple en psychiatrie par rapport à la spécialité dentaire : toutes choses égales par ailleurs, l'écart entre la patiente de référence et la bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS est respectivement de 14,3 % et de 21,5 % chez un psychiatre contre 4,8 % et 8,1 % chez un dentiste.

On observe également une discrimination à la CMU-C et à l'ACS significativement plus forte lorsque le praticien répond lui-même à la patiente que lorsque l'interlocuteur est un/une secrétaire. En moyenne, les chances d'obtenir un rendez-vous médical pour une bénéficiaire de la CMU-C (respectivement, de l'ACS) diminuent de 16,5 points de pourcentage (resp. 19) si c'est le praticien qui répond directement à sa demande, contre 6,8 points (resp. 12,1 points) si c'est un secrétariat qui gère le rendez-vous. Ce résultat indique que le refus de soins discriminatoire reflète les choix du praticien. Dans le même ordre d'idée, on constate que le refus de soin discriminatoire est amplifié lorsque l'interlocuteur est un homme, ce qui reflète vraisemblablement un effet praticien.

Tableau 6. Hétérogénéité en fonction de la spécialité et des caractéristiques de l'interlocuteur

	Spécialité			Caractéristiques de l'interlocuteur			
	Dentiste	Gynécologue	Psychiatre	Praticien	Secrétaire	Femme	Homme
Origine Africaine	-0,000 (0,028)	-0,029 (0,020)	0,037 (0,026)	0,009 (0,037)	-0,016 (0,015)	-0,019 (0,015)	0,044 (0,047)
CMU-C	-0,048** (0,023)	-0,087*** (0,024)	-0,143*** (0,025)	-0,165*** (0,032)	-0,068*** (0,015)	-0,076*** (0,015)	-0,148*** (0,041)
ACS	-0,081** (0,025)	-0,121*** (0,023)	-0,215*** (0,026)	-0,190*** (0,038)	-0,121*** (0,015)	-0,121*** (0,015)	-0,199*** (0,045)
Musulmane	0,012 (0,030)	0,036 (0,026)	-0,065** (0,032)	-0,028 (0,048)	-0,001 (0,018)	-0,005 (0,018)	-0,028 (0,059)
AIC	1241,656	1285,450	1559,391	877,512	3232,351	3434,525	685,935
Nombre d'observations	1 443	1 453	1 496	795	3 610	3 811	594

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice (trois enquêtrices ont participé au testing et leur rôle ont été permutés aléatoirement tout au long de la collecte des données). Note de lecture : Pour les dentistes, un patient qui indique bénéficiant de la CMU-C voit sa probabilité d'obtenir un rendez-vous diminuer de 4,8 points de pourcentage. Pour les psychiatres, la pénalité est de 14,3 points de pourcentage.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Le rôle déterminant du secteur d'activité

Au-delà de l'aspect quantitatif de la mesure des situations de refus de soins, nous avons souhaité étudier leurs déterminants, ce qui suppose de prendre en compte de façon active des variables permettant de décrire ces déterminants. On peut s'intéresser en premier lieu à l'influence du secteur d'activité, qui a été mise en avant dans les travaux de Desprès *et al.* (2006 et 2008). La CMU-C impose des obligations légales variées aux professionnels de santé, avec l'instauration du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique, audioprothèses). Le coût d'opportunité d'un patient en CMU-C est de fait plus élevé pour les professionnels dont les tarifs sont libres, les médecins du secteur 2 (Cornu-Pauchet, 2018). L'accès éventuel des bénéficiaires de la CMU-C au cabinet grève mécaniquement le temps disponible du praticien pour d'autres patients. Il en va de même avec l'ACS qui impose depuis le 1er octobre 2017 un tarif plafond des soins prothétiques dentaires.

Dans le tableau 7, on teste le lien entre la discrimination et le secteur d'exercice du praticien⁹. Dans la première colonne, on estime le modèle global avec interactions et dans la deuxième colonne on ajoute une variable croisant le statut du patient avec la signature par le praticien d'une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)¹⁰. Dans la troisième colonne et la quatrième colonne on réalise l'estimation séparément pour les praticiens du secteur 1 et du secteur 2. On observe en colonne 1 que la discrimination envers les patientes disposant de la CMU-C ou de l'ACS existe en secteur 1 mais qu'elle est plus forte chez les praticiens en secteur 2 : l'augmentation de la discrimination en secteur 2 est d'environ 6 points de pourcentage que ce soit pour l'ACS ou la CMU-C. La colonne 2 montre que la discrimination envers la CMU-C et l'ACS est très fortement réduite chez les praticiens qui ont signé l'OPTAM (effet positif significatif sur le taux de réponse, coefficients 0,110 et 0,154). L'OPTAM agit principalement sur les praticiens de secteur 2 à qui elle est destinée et réduit ainsi le différentiel de discrimination entre secteur 1 et secteur 2¹¹.

Toutefois, on constate également qu'en secteur 2, la signature de l'OPTAM réduit la probabilité de réponse des patientes d'origines africaines, suggérant un effet de substitution entre catégorie de

⁹ L'estimation est réalisée seulement sur les spécialités de gynéco-obstétrique et de psychiatrie car les chirurgiens-dentistes sont en quasi-totalité en secteur 1.

¹⁰ L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) vise à limiter les dépassements d'honoraire. Les praticiens signataires sont surtout en secteur 2. Ils s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement ce qui leur permet de bénéficier d'une meilleure valorisation de leur activité réalisée aux tarifs conventionnés et d'une prime annuelle.

¹¹ Certains praticiens de secteur 1 avec droit permanent à dépasser peuvent également signer l'OPTAM.

patients potentiellement discriminés¹². Avoir un prénom africain à consonance musulmane pourrait finalement pénaliser les patientes qui cherchent à prendre un rendez-vous chez des praticiens de secteur 1 (résultat significatif seulement au seuil de risque de 10%).

Tableau 7. Hétérogénéité en fonction du secteur d'exercice du praticien (psychiatres et gynécologues)

	Tous secteurs		Secteur 1	Secteur 2
Origine africaine	-0,023 (0,021)	-0,024 (0,021)	-0,006 (0,025)	0,006 (0,030)
CMU-C	-0,098*** (0,022)	-0,103*** (0,022)	-0,103*** (0,024)	-0,191*** (0,033)
ACS	-0,140*** (0,023)	-0,150*** (0,023)	-0,148*** (0,025)	-0,240*** (0,033)
Musulmane	-0,009 (0,022)	-0,009 (0,022)	-0,060* (0,031)	0,041 (0,032)
Secteur 2	-0,004 (0,030)	-0,007 (0,032)		
Origine africaine × Secteur 2	0,032 (0,023)	0,041 (0,025)		
CMU-C × Secteur 2	-0,056* (0,033)	-0,090** (0,037)		
ACS × Secteur 2	-0,061* (0,034)	-0,095** (0,037)		
OPTAM		0,019 (0,039)	-0,027 (0,079)	0,036 (0,044)
Origine africaine × OPTAM		-0,026 (0,031)	0,121* (0,064)	-0,074** (0,033)
CMU-C × OPTAM		0,110** (0,046)	0,018 (0,093)	0,130** (0,053)
ACS × OPTAM		0,154*** (0,043)	0,060 (0,081)	0,179*** (0,049)
AIC	2624,620	2607,911	1323,202	1294,844
Nombre d'observations	27 21	2 721	1 376	1 345

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont : le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : Pour les professionnels de santé qui exercent en secteur 1, le fait pour un patient d'indiquer qu'il bénéficie de la CMU-C diminue de 10,3 points de pourcentage sa probabilité d'obtenir un rendez-vous. Pour les professionnels de santé qui exercent en secteur 2, la pénalité est de 19,1 points de pourcentage.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

¹² En signant l'OPTAM, le praticien s'engage à un certain pourcentage de consultations pour des patients en situations d'urgence médicale et pour des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Il a donc un intérêt particulier à accueillir ces types de patients.

Les écarts selon les régions

Comme le testing a été réalisé à partir d'un échantillon représentatif des cabinets médicaux de chacune des trois spécialités, les données peuvent être utilisées pour effectuer des comparaisons selon les régions. Le tableau suivant présente les résultats par région d'exercice des praticiens. Les taux de discrimination dans les différentes régions sont obtenus grâce à des variables indicatrices de la région croisées avec l'origine africaine (colonne (1)), la possession de la CMU-C (colonne (2)) et de l'ACS (colonne (3)).

On observe que la patiente africaine est pénalisée en Bretagne et en Centre – Val de Loire mais qu'elle est favorisée en région PACA où elle obtient un taux de réponse positif supérieur de 6 points de pourcentage à la patiente d'origine française. Concernant la CMU-C et l'ACS le résultat significatif est la présence d'une discrimination plus importante en Ile-de-France que dans la plupart des autres régions : la discrimination envers la patiente titulaire de l'ACS y atteint 28 points de pourcentage. Les refus de soins sont également marqués en PACA, et pour l'ACS seulement, en Auvergne-Rhône-Alpes, en Nouvelle Aquitaine et en Normandie.

Tableau 8. Différences selon les régions, effet sur le taux de réponse

	(1) Origine africaine	(2) CMU-C	(3) ACS
× IDF	-0.012 (0.020)	-0.144*** (0.024)	-0.277*** (0.027)
× PACA	0.059** (0.027)	-0.085** (0.036)	-0.106** (0.035)
× Auvergne – Rhone – Alpes	-0.027 (0.029)	-0.062 (0.039)	-0.104** (0.037)
× Occitanie	0.053 (0.035)	-0.048 (0.035)	0.008 (0.031)
× Nouvelle – Aquitaine	-0.032 (0.031)	-0.055 (0.036)	-0.096** (0.036)
× Bretagne	-0.098** (0.042)	-0.090 (0.056)	-0.099* (0.058)
× Pays de la Loire	-0.001 (0.054)	0.049 (0.059)	0.003 (0.051)
× Grand Est	-0.016 (0.035)	-0.016 (0.050)	-0.022 (0.045)
× Bourgogne – Franche – Comté	0.005 (0.048)	-0.097 (0.082)	-0.065 (0.060)
× Hauts – de – France	-0.001 (0.039)	-0.036 (0.050)	-0.030 (0.042)
× Normandie	-0.052 (0.048)	0.031 (0.076)	-0.148** (0.055)
× Centre – Val de Loire	-0.124**	-0.164**	-0.141**

	(0.050)	(0.062)	(0.066)
AIC	4118.472	4119.528	4061.813
Nombre d'observations	4405	4405	4405

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : En Ile-de-France, un patient indiquant qu'il bénéficie de la CMU-C voit ses chances d'obtenir un rendez-vous diminuer de 14,4 points de pourcentage. La pénalité est de 27,7 points de pourcentage s'il bénéficie de l'ACS.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Pour illustrer ces disparités spatiales, nous donnons dans le tableau 9 les taux de réponse brut et le taux de refus de soin dans le département de Paris. Les taux sont ici des statistiques brutes, calculées de la même façon que dans le tableau 4. On atteint des niveaux de refus de soin maximal, avec 38,2 % pour une patiente bénéficiaire de la CMU ou de l'ACS chez un dentiste et même 45,3 % si elle est africaine.

Tableau 9. Taux de réponse et de refus de soin à Paris

	% de rendez-vous obtenus				% de refus de soin discriminatoire			
	Dentiste	Gynécologue	Psychiatre	Total	Dentiste	Gynécologue	Psychiatre	Total
Référence	85,29%	73,85%	51,72%	77,78%				
CMU-C/ACS	47,06%	47,69%	20,69%	47,47%	38,2%	26,2%	31 %	30,3%
Africaine	71,43%	79,31%	46,51%	76,74%	13,9%	-5,5%	5,2 %	1,05%
Africaine CMU/ACS	40,00%	38,89%	31,82%	39,29%	45,3%	35%	19,9 %	38,5%
Total	61,76%	59,49%	37,16%	60,27%				

Les effets de la densité médicale locale

Le contexte médical local peut également jouer un rôle déterminant dans l'intensité des refus de soins. D'une part, la géographie médicale est particulièrement dispersée. D'autre part, le degré de concurrence et l'état des tensions sur un marché donné est un déterminant théorique usuel des modèles classiques de discrimination. On peut s'attendre à ce que les refus de soins discriminatoires soient plus accentués dans des contextes locaux où la concurrence entre spécialistes est faible et où le nombre de patients par professionnel de santé est élevé. Or, aucune évaluation ne permet aujourd'hui de mettre en évidence un lien systématique de cause à effet entre la rareté de l'offre médicale et l'existence de refus de soins discriminatoires. Cela étant, les testing réalisés à Paris en 2009 et dans deux départements ruraux de l'Orne et de la Nièvre en 2012, avec des méthodologies

relativement comparables (Desprès et al., 2009 et 2012), conduisent à des taux de refus de soin discriminatoires très différents : 25,5 % à Paris contre 3,8 % dans les départements ruraux. Pour confirmer cette hypothèse, une variable de densité médicale a été construite en rapportant le nombre de spécialistes de chacune des trois spécialités au nombre d'habitants à l'échelle de la commune et cette variable a été introduite dans les analyses toutes choses égales par ailleurs.

Dans le tableau 9, sont présentés les résultats de l'estimation de l'effet de la densité médicale dans la commune d'exercice du praticien sur la discrimination. Les estimations sont réalisées séparément pour les chirurgiens-dentistes, les gynécologues et les psychiatres. On ajoute à la spécification la densité de médecins de la spécialité concernée et son interaction avec l'origine et la couverture santé. Aucune de ces variables ne s'avère significative. Les résultats ne mettent donc pas en évidence de variation substantielle de la discrimination avec la densité de médecins dans la commune.

Tableau 9. Effet de la densité de médecin par habitant dans la commune sur la discrimination

	(1) Dentiste	(2) Gynécologue	(3) Psychiatre
Origine africaine	-0.009 (0.044)	-0.006 (0.025)	0.035 (0.027)
CMU-C	-0.031 (0.042)	-0.056* (0.029)	-0.138*** (0.026)
ACS	-0.035 (0.050)	-0.125*** (0.033)	-0.176*** (0.043)
Musulmane	0.011 (0.030)	0.037 (0.026)	-0.070** (0.032)
Origine africaine × Densité de médecin pour 1000 habitants	0.014 (0.039)	-0.090 (0.056)	0.018 (0.016)
CMU× Densité de médecin pour 1000 Habitants	-0.024 (0.046)	-0.129 (0.084)	-0.007 (0.019)
ACS× Densité de médecin pour 1000 Habitants	-0.059 (0.060)	0.020 (0.091)	-0.110 (0.105)
AIC	1243.909	1277.851	1546.429
Nombre d'observations	1437	1438	1490

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont : la densité de médecin de la spécialité concernée pour 1000 habitants, le mois au niveau de la commune, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : la densité médicale est sans effet significatif sur les chances d'obtenir un rendez-vous dans un cabinet, pour les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, comme pour les patients signalant une origine africaine par leur patronyme, pour les trois spécialités médicales.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Prise en compte d'autres indicateurs de résultats

On teste enfin la présence d'indicateurs de discrimination moins directe que la prise de rendez-vous à savoir le ton de la réponse et, lorsque le rendez-vous est pris, la possibilité ou non de choisir la date de rendez-vous et le délai avant le rendez-vous. Ces éléments ont fait l'objet d'un codage par l'équipe d'enquêtrices qui peut avoir un caractère subjectif. Ils sont donnés à titre exploratoire. Le ton de la réponse est codé en trois niveaux : désagréable, neutre et très aimable. Ces trois modalités sont ordonnées et peuvent donc être modélisées à partir d'un modèle de type probit ordonnée à effets aléatoires. Les effets marginaux moyens de l'origine africaine et des dispositifs CMU-C et ACS sur la probabilité d'obtenir une réponse désagréable, neutre et très aimable sont présentés dans le tableau 10.

L'origine africaine augmente significativement la probabilité que l'interlocuteur adopte un ton neutre et diminue la probabilité que le ton adopté soit très aimable de près de 4 points de pourcentage¹³. La possession de la CMU-C ou de l'ACS diminue également la probabilité d'obtenir une réponse très aimable de respectivement 4 et 6 points de pourcentage.

Tableau 10. Effet de l'origine et des dispositifs CMU-C et ACS sur le ton de la conversation

	Ton de l'interlocuteur		
	Désagréable	Neutre	Très aimable
Origine africaine	0,007** (0,002)	0,037** (0,013)	-0,044** (0,015)
CMU-C	0,007*** (0,002)	0,037** (0,012)	-0,044** (0,014)
ACS	0,010*** (0,002)	0,050*** (0,012)	-0,060*** (0,014)
Musulmane	-0,002 (0,003)	-0,010 (0,016)	0,012 (0,019)
AIC	4822,256	4812,432	4812,432
Nombre d'observations	4442	4442	4442

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Écarts-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit ordonnés à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : Un patient d'origine africaine aura en moyenne une probabilité plus faible de 4,4 points de pourcentage de bénéficier d'une réponse « très aimable » lors de sa prise de rendez-vous. L'effet est également de -4,4 points pour un bénéficiaire de la CMU-C et il est de -6 points pour un bénéficiaire de l'ACS.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

¹³ L'effet sur la probabilité d'obtenir une réponse désagréable est extrêmement faible et ne concerne d'ailleurs que 88 réponses.

Les tableaux A1 et A2 en annexe 3 indiquent qu'il n'existe en revanche pas de différence significative, lorsqu'un rendez-vous a été pris, dans la durée d'attente avant la consultation et dans la proposition d'aménager la date de la consultation.

Nous avons également recueilli des informations sur les délais proposés par les spécialistes pour la date du rendez-vous, lorsqu'ils en proposaient un. Les résultats figurent dans le tableau 11 et sont exprimés en jours à partir de la prise de rendez-vous. En moyenne, les délais sont beaucoup plus courts chez les dentistes (moins de 20 jours) que chez les gynécologues (près de 45 jours), les psychiatres se situant dans une position médiane. Les écarts pour les patientes potentiellement discriminées sont globalement faibles. Les maximas sont de 5 jours de pénalité pour la patiente africaine qui cherche un rendez-vous gynécologique et de 4 jours de pénalité pour la patiente bénéficiaire de la CMU ou de l'ACS qui recherche un rendez-vous chez un cabinet dentaire. Ces résultats suggèrent que les refus de soin prennent surtout la forme d'un refus pur et simple plutôt que d'un délai de rendez-vous plus éloigné.

Tableau 11. Délai avant rendez-vous pour les patientes ayant reçu une réponse (en jours)

	Dentiste	Gynécologue	Psychiatre	Total
Référence	19,78	44,27	30,90	31,34
CMU-C/ACS	23,87	45,19	29,73	33,07
Africaine	19,65	49,37	26,04	32,46
Africaine CMU/ACS	22,35	47,57	32,04	33,84
Total	21,48	45,98	29,78	32,45

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Motifs invoqués par les professionnels de santé

Nous avons effectué un post-codage des réponses données par les professionnels de santé pour justifier leur refus de soins. Les données du tableau 12 correspondent à la distribution des modalités de réponses données aux patientes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS refusées par des professionnels qui ont accepté par ailleurs en rendez-vous la patiente de référence (refus de soins discriminatoire). Une fois sur trois, les médecins indiquent clairement qu'ils n'acceptent pas les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. La plupart du temps, ils évoquent d'autres motifs.

Tableau 12. Les motifs évoqués par les professionnels de santé pour leur refus de soins

Ne prend pas CMU-C et/ou l'ACS	34,0%
Ne prend plus de nouveau patient	17,9%
Ne connaît pas la CMU-C ou l'ACS (doit se renseigner)	12,3%
Pas de place immédiate mais rappeler ultérieurement	9,4%
Pas de tiers-payant ou pas l'équipement pour carte vitale	7,7%
Ne gère pas ce type de pathologie	5,1%
Dépassement d'honoraires à payer	4,7%
Pas accès au planning ou planning plein (refus définitif)	2,6%
Autre	6,4%

Champ : motifs évoqués lors d'un refus de soins discriminatoire à l'encontre d'un bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Conclusion

Les tests de discriminations qui ont été réalisés en France dans le domaine du refus de soins discriminatoire portent sur des données anciennes, sur des périmètres géographiques restreints et sur un faible nombre d'observations (Softic et Fontaine, 2002 ; Vélissaropoulos *et al.*, 2006 ; Desprès et Naiditch, 2006 ; Desprès *et al.* 2009). Ils ont mis en évidence l'existence de situation de refus de soins discriminatoire à l'encontre des bénéficiaires d'aides publiques à l'accès aux soins, particulièrement pour les médecins généralistes ou les spécialistes en secteur 2.

Dans cette étude, le refus de soins discriminatoire est mesuré pour deux aides sociales, la CMU-C et l'ACS, et également selon le critère de l'origine de la patiente. Des tests de discrimination ont été menés dans trois spécialités médicales sur la base d'échantillons de cabinets représentatifs au niveau national.

Dans chacune des trois spécialités, un écart important dans l'accès aux soins a été constaté entre la patiente de référence et la patiente CMU-C/ACS, au détriment de cette dernière. Alors que le taux de réussite des prises de rendez-vous est de 70 % en moyenne pour la patiente de référence, il est systématiquement et significativement inférieur pour la bénéficiaire d'une aide sociale. L'écart absolu est de 9 points de pourcentage pour les dentistes, 11 points pour les gynécologues et 15 points chez les psychiatres. Ces résultats suggèrent un niveau élevé des refus de soins discriminatoires selon la précarité sociale des patients. Ils sont confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs.

L'ACS apparaît plus pénalisante que la CMU-C, dans les trois spécialités, avec une différence relative dans le refus de soins discriminatoire de l'ordre du simple au double entre les deux dispositifs. Ces différences peuvent renvoyer soit à la méconnaissance de l'ACS, soit encore aux difficultés administratives et aux délais de remboursement supérieurs qui sont anticipés par les professionnels de santé. La perspective de l'intégration de l'ACS et de la CMU-C, au sein de la nouvelle « complémentaire santé solidaire », laisse ouverte la question de l'évolution future des refus de soins discriminatoires pour les bénéficiaires de la nouvelle complémentaire.

Toutes choses égales par ailleurs, le refus de soins est ainsi maximal pour une consultation de psychiatrie par un bénéficiaire de l'ACS, où elle réduit la probabilité de succès de 21,5 points de pourcentage (contre 14,3 points pour un bénéficiaire de la CMU-C). Cet écart est plus important encore en termes relatifs car le taux d'accès aux consultations des psychiatres est globalement plus faible (49 %) que pour les gynécologues (77%) ou les dentistes (84 %).

Le refus de soin discriminatoire est plus marqué lorsque le praticien répond lui-même à la patiente que lorsque l'interlocuteur est un/une secrétaire. Ce résultat indique que le refus de soins discriminatoire reflète directement les choix des praticiens.

En outre, les différences de traitement à l'encontre des patientes qui bénéficient de la CMU-C ou de l'ACS sont significatives pour les praticiens du secteur 1 et elles sont quasiment doublées en secteur 2, ce qui confirme la présence d'une rationalité économique des professionnels de santé dans leurs refus de soins discriminatoire. Les coûts d'opportunité de la prise en charge d'un patient en précarité sociale jouent vraisemblablement un rôle de premier plan dans l'explication du refus de soin discriminatoire. D'ailleurs, les refus de soin discriminatoires sont très faibles pour les professionnels de santé du secteur 2 qui se sont engagés dans un protocole de maîtrise des tarifs (Option de pratique tarifaire maîtrisée, ou OPTAM) et qui ont par conséquent un intérêt financier dans l'accueil de patientes en CMU-C et en ACS.

Enfin, les refus de soin discriminatoires sont très variables selon les régions, ce qui n'avait pas pu être montré jusqu'ici. On relève en particulier une fréquence plus élevée de discrimination en Ile-de-France et un maximum atteint à Paris. Pour autant, les discriminations dans l'accès aux soins ne semblent pas statistiquement sensibles à la tension sur l'offre, appréciée par la densité médicale locale.

La rationalité économique des refus de soin discriminatoires apparaît également, en creux, lorsque l'on mesure les discriminations selon l'origine. Globalement, peu de différences sont constatées lorsque le nom de la patiente évoque une origine africaine, y compris en la croisant avec le profil CMU-C-ACS. Ce résultat global masque cependant des discriminations réelles dans certains segments de l'accès aux soins. On observe que la patiente présumée d'origine africaine est pénalisée en Bretagne et en Centre

– Val de Loire alors qu'elle est favorisée en région PACA. On constate par ailleurs qu'un prénom signalant une origine musulmane réduit de 6,5 points les chances d'accéder à une consultation de psychiatre. En secteur 2, la signature de l'OPTAM réduit la probabilité de réponse des patientes d'origines africaines, suggérant un effet de substitution entre catégorie de patients potentiellement discriminés. Avoir un prénom africain à consonance musulmane pénaliserait les patientes qui cherchent à prendre un rendez-vous chez des praticiens de secteur 1 (résultat significatif seulement au seuil de risque de 10%).

Comme tout travail empirique sur données de testing, cette étude présente plusieurs limites qui doivent être rappelées. Deux critères de discrimination ont été testés, l'origine de la patientèle et le fait de bénéficier ou non d'une aide sociale en matière de complémentaire santé, elle-même liée aux conditions de ressources des ménages. Cette approche multicritère permet de mieux mesurer l'ampleur des phénomènes, de manière relative, et elle en facilite l'interprétation. Pour autant, elle demeure limitée et partielle. Elle permet de mesurer éventuellement les différences lors de l'accès premier au professionnel de santé mais elle ne couvre pas les différences de traitement qui peuvent intervenir en aval lors de la prise en charge médicale, du diagnostic à la réalisation des soins. Seul l'accès à un rendez-vous médical est testé et non la qualité de la prestation fournie par les praticiens. Les tests ont été réalisés sur une plage de temps donnée, entre février et mai 2019, et reflètent la situation sur cette période particulière en France métropolitaine. Même s'il est supérieur à celui de toutes les études précédentes, le nombre de 1000 tests par spécialité reste limité. Enfin, les tests portent sur un nombre limité de critères de discrimination, une origine africaine et deux aides sous conditions de ressources, la CMU-C et l'ACS, et leurs interactions, pour des femmes.

Bibliographie

ADIDA C., LAITIN D. et VALFORT M-A. (2010) « Identifying barriers to Muslim integration in France ». PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America), 107 (52), p. 384-390.

AIDES (2015). *VIH/Hépatites : La face cachée des discriminations*, rapport, 35 pages.

BALSA, A.I., MCGUIRE T.G. (2001). « Statistical discrimination in Health care », *Journal of Health Economics*, 20, pp 881-907.

CARDE E. (2007) « Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins. *Santé Publique*.;19(2):99-109.

CORNU-PAUCHET M. (2018). « Discriminations et accès aux soins des personnes en situation de précarité », *Regards*, n°53, pp 43-56.

DEFENSEUR DES DROITS (2014). *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*. Mars. 47 pages.

DESPRES C. (2017). « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes ». Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombraïl, financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits, 2017.

DESPRES, C. GUILLAUME S. et COURALET P-E. (2009). « Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris ». Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, La documentation française, collection des rapports publics, juillet 2009, 99 pp.

DESPRES, C. et NAIDITCH M. (2006). *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne*, miméo, 88 pp.

DESPRES, C. RENAUD, G., COLDEFY, M. et LUCAS-GABRIELLI, V. (2012). « Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre », miméo, IRDES. 94 pp.

DREYFUS B. (2014), « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits », *Regards*, 2014/2 (N° 46), p. 41-49.

DUGUET E., LÉANDRI N., L'HORTY Y. et PETIT P. (2010), « Are young french job seekers of ethnic immigrant origin discriminated against? A controlled experiment in the Paris area », *Annals of Economics and Statistics*, 99-100, p. 187-215.

GIVORD P. et GUILLERM M. (2016), « Les modèles multiniveaux », *Méthodologie statistique*, n°M2016/05, INSEE.

L'HORTY Y., DUGUET E., DU PARQUET L., PETIT P. et SARI F. (2011), « Les effets du lieu de résidence sur l'accès à l'emploi : un test de discrimination auprès de jeunes qualifiés », *Économie et Statistique*, 447, p. 71-95.

MINISTERE DE LA SANTE (2010). *Résoudre les refus de soin*. Rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé adopté en séance plénière de la Conférence nationale de santé le 10 juin 2010.

NEUMARK D., BANK R.J. et VAN NORT K.D. (1996), « Sex discrimination in restaurant hiring: an audit study », *Quarterly Journal of Economics*, 111 (3), p. 915-941.

PERRET G., VANDENTORREN S., CHAUVIN P, VIGNIER N. VUILLERMOZ C. (2019). « Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportées par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en Ile-de-France ». *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 17-18, 25 juin 2019, pp 341-351.

PETIT P., DUGUET E. et L'HORTY Y. (2016). « Discrimination résidentielle et origine ethnique : Une étude expérimentale sur les serveurs en Île de France », *Economie et Prévision*, n°206-207.

SOFTIC S., FONTAINE, A. (2002). Rapport d'enquête : les difficultés d'accès aux soins dentaires pour les bénéficiaires des CMU et AME dans 11 villes de France. Médecins du Monde

VALFORT M-A. (2015), *Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité*, Institut Montaigne.

VELISSAROPOULOS A, DROUOT N, SIMONNOT N. (2006). « Je ne m'occupe pas de ces patients : testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle ou de l'Aide médicale d'État dans 10 villes de France ». Paris: Médecins du Monde; 42 p.

VERBOUX D. (2016). « Variabilités des pratiques et inégalités d'accès aux soins en France : le cas de la cancérologie ». Thèse UPEC.

Annexe 1. Détails des scripts des demandes téléphoniques de rendez-vous

Gynécologue

1.

Allo, bonjour, je suis Madame Petit et je souhaiterais prendre un rendez-vous avec le docteur XXX.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

Comme je n'ai pas eu mes règles, j'ai fait un test de grossesse de la pharmacie et d'après le résultat, je suis enceinte. Cela fait deux semaines que j'aurais dû avoir mes règles.

[Si autre demande du secrétariat médical]

Je ne connais pas le docteur XXX, c'est mon premier rendez-vous

Je ne suis pas suivie par un autre gynécologue

[On attend la proposition de date]

Ce ne serait pas possible plus tôt? Bon dans ce cas, je vais essayer d'avoir un rendez-vous avec un autre gynécologue. Merci.

2.

Bonjour madame, je suis Anne Garnier, je vous contacte car je voudrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX. On m'a dit de dire que j'ai la CMU-C [l'ACS 1/2] pour prendre un rendez-vous.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

Je pense que je suis enceinte. J'ai fait un test urinaire de la pharmacie et il est positif.

Normalement, j'aurais dû avoir mes règles il y a 15 jours à peu près.

[Si autre demande du secrétariat médical]

Je n'ai pas encore eu de rendez-vous avec le docteur XXX, c'est la première fois que je vous appelle.

Je n'ai pas de gynécologue, d'habitude, je suis suivie par mon médecin.

[On attend la proposition de date]

Ce n'est pas possible plus tôt ? Bon alors, je vous remercie mais je vais essayer de trouver un rendez-vous plus tôt ailleurs.

[3 et 4 sont utilisés dans des cabinets différents :]

3.

Bonjour, je m'appelle Grâce Coulibaly je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

J'aurais dû avoir mes règles il y a environ deux semaines, et comme je ne les avais pas j'ai acheté un test à la pharmacie et d'après le résultat, je serais enceinte.

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

Je ne suis suivi par aucun autre spécialiste car j'ai déménagé l'année dernière

[On attend la proposition de date]

J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-être essayer un autre cabinet dans ce cas. Je vous remercie.

4.

Bonjour, je m'appelle Philomène Mbaye je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX. J'ai la CMU-C [l'ACS 1/2], on m'a conseillé de vous le dire quand je prends des rendez-vous.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

J'aurais du avoir mes règles il y a environ deux semaines, et comme je ne les avais pas j'ai acheté un test à la pharmacie et d'après le résultat, je serais enceinte.

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

Je ne suis suivi par aucun autre spécialiste car j'ai déménagé l'année dernière

[On attend la proposition de date]

J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-etre essayer un autre cabinet dans ce cas. Je vous remercie.

Chirurgien-dentiste

1.

Allo, bonjour, je suis Madame Petit et je souhaiterais prendre un rendez-vous avec le docteur XXX.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

J'ai vraiment très mal à une dent depuis plusieurs jours. J'ai pris du doliprane, mais cela ne passe pas.

[Si autre demande du secrétariat médical]

Je ne connais pas le docteur XXX, c'est mon premier rendez-vous

Je ne suis pas suivie par un autre dentiste

[On attend la proposition de date]

Ce ne serait pas possible plus tôt? Bon dans ce cas, je vais essayer d'avoir un rendez-vous avec un autre dentiste. Merci.

2.

Bonjour madame, je suis Anne Garnier, je vous contacte car je voudrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX. On m'a dit de dire que j'ai la CMU-C [l'ACS 1/2] pour prendre un rendez-vous.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

C'est pour une rage de dent. Ca a commencé le week end dernier et depuis j'ai vraiment très mal. J'ai été à la pharmacie, on m'a donné de l'advil, mais la douleur revient vite.

[Si autre demande du secrétariat médical]

Je n'ai pas encore eu de rendez-vous avec le docteur XXX, c'est la première fois que je vous appelle.

Je n'ai pas de dentiste, ma dernière consultation remonte à il y a une dizaine d'années dans un autre département.

[On attend la proposition de date]

Ce n'est pas possible plus tôt ? Bon alors, je vous remercie mais je vais essayer de trouver un rendez-vous plus tôt ailleurs.

[3 et 4 sont utilisés dans des cabinets différents :]

3.

Bonjour, je m'appelle Grâce Coulibaly je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

C'est un problème avec une dent qui me fait vraiment très mal. C'est arrivé progressivement la semaine dernière, je prends des anti-douleurs, mais ça m'empêche de manger et de dormir.

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

*Je ne suis suivi par aucun autre spécialiste car j'ai déménagé l'année dernière
[On attend la proposition de date]
J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-être essayer un autre cabinet
dans ce cas. Je vous remercie.*

4.

*Bonjour, je m'appelle Philomène Mbaye je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un
rendez-vous avec le docteur XXX. J'ai la CMU-C [l'ACS 1/2], on m'a conseillé de vous le dire
quand je prends des rendez-vous.*

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

*C'est un problème avec une dent qui me fait vraiment très mal. C'est arrivé progressivement
la semaine dernière, je prends des anti-douleurs, mais ça m'empêche de manger et de dormir.*

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

Je ne suis suivi par aucun autre spécialiste car j'ai déménagé l'année dernière

[On attend la proposition de date]

*J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-être essayer un autre cabinet
dans ce cas. Je vous remercie.*

Psychiatre

1.

*Allo, bonjour, je suis Madame Petit et je souhaiterais prendre un rendez-vous avec le docteur
XXX.*

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

*Disons que je ne me sens pas bien depuis presque un an, j'ai des insomnies et j'ai perdu
beaucoup de poids sans raison. Je me sens angoissée et cela ne passe pas.*

[Si autre demande du secrétariat médical]

Je ne connais pas le docteur XXX, c'est mon premier rendez-vous

Je ne suis pas suivie par un autre psy

[On attend la proposition de date]

*Ce ne serait pas possible plus tôt? Bon dans ce cas, je vais essayer d'avoir un rendez-vous
avec un autre psychiatre. Merci.*

2.

*Bonjour madame, je suis Anne Garnier, je vous contacte car je voudrais avoir un rendez-vous
avec le docteur XXX. On m'a dit de dire que j'ai la CMU-C [l'ACS 1/2] pour prendre un
rendez-vous.*

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

*De façon générale depuis plusieurs mois, je me sens très anxieuse. Je dors très mal. J'ai aussi
perdu beaucoup de kilos sans faire de régime. Je pense que j'ai un problème. C'est en train
aussi d'avoir des conséquences dans mon travail.*

[Si autre demande du secrétariat médical]

*Je n'ai pas encore eu de rendez-vous avec le docteur XXX, c'est la première fois que je vous
appelle.*

Je n'ai jamais encore consulté de psychiatre.

[On attend la proposition de date]

*Ce n'est pas possible plus tôt ? Bon alors, je vous remercie mais je vais essayer de trouver un
rendez-vous plus tôt ailleurs.*

3 et 4 sont utilisés dans des cabinets différents :

3.

Bonjour, je m'appelle Grâce Coulibaly je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

Je me sens épuisée et très stressée. J'ai de grosses difficultés à dormir la nuit. Tout le monde me dit que ça va passer, mais cela dure depuis des mois. J'ai beaucoup maigri sans faire exprès, c'est la première fois que cela m'arrive. J'ai aussi de plus en plus de difficultés dans mes relations avec les autres, dans ma famille et au travail. Je pense qu'il faut que je consulte.

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

Je n'ai encore jamais consulté

[On attend la proposition de date]

J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-être essayer un autre cabinet dans ce cas. Je vous remercie.

4.

Bonjour, je m'appelle Philomène Mbaye je vous téléphone pour savoir si je pourrais avoir un rendez-vous avec le docteur XXX. J'ai la CMU-C [l'ACS 1/2], on m'a conseillé de vous le dire quand je prends des rendez-vous.

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rdv]

Je me sens épuisée et très stressée. J'ai de grosses difficultés à dormir la nuit. Tout le monde me dit que ça va passer, mais cela dure depuis des mois. J'ai beaucoup maigri sans faire exprès, c'est la première fois que cela m'arrive. J'ai aussi de plus en plus de difficultés dans mes relations avec les autres, dans ma famille et au travail. Je pense qu'il faut que je consulte.

[Si autre demande du secrétariat médical]

C'est ma première demande de rendez-vous dans votre cabinet.

Je n'ai encore jamais consulté

[On attend la proposition de date]

J'espérais pouvoir avoir un rendez-vous plus tôt, je vais peut-être essayer un autre cabinet dans ce cas. Je vous remercie.

Annexe 2. Spécifications économétriques

La variable d'intérêt principale de cette étude est binaire : obtenir un rendez-vous ou ne pas l'obtenir. On modélise la probabilité d'obtenir un rendez-vous pour une patiente i conditionnellement aux caractéristiques de l'interlocuteur j et de la demande en appliquant une transformation à une fonction linéaire de ces variables.

$$P(y_{ij} = 1 | x_{ij}, x_j) = G(\beta_0 + \beta_1 x_{ij} + \beta_2 x_j)$$

Avec G la fonction de répartition de la loi normale standard. Ces paramètres peuvent être estimés par maximum de vraisemblance.

Pour tenir compte de la non-indépendance des réponses liées aux demandes de rendez-vous faites à un même interlocuteur on introduit un terme inobservé α_j commun à l'ensemble des observations du groupe j . On suppose que ces termes inobservés suivent une loi normale et sont indépendants des autres variables explicatives. L'hypothèse d'indépendance des autres variables explicatives apparaît ici vraisemblable en raison de la nature contrôlée des données.

$$P(y_{ij} = 1 | x_{ij}, x_j, \alpha_j) = G(\beta_0 + \beta_1 x_{ij} + \beta_2 x_j + \alpha_j)$$

Dans ce cas le maximum de vraisemblance ne peut pas être obtenu analytiquement, il est approché par des méthodes numériques (voir Givord et Guillerm (2016) pour plus de détails).

Les effets marginaux moyens présentés dans les tableaux sont obtenus en faisant la moyenne des effets marginaux calculés sur chaque observation en tenant compte de l'effet groupe α_j . Par exemple, l'effet marginal moyen de la variable ACS donne la différence entre la probabilité d'obtenir un rendez-vous selon que la patiente ne bénéficie pas de l'ACS ou en bénéficie.

Annexe 3. Résultats complémentaires

Tableau A1 : Effet de l'origine et des dispositifs CMU-C et ACS sur la demande d'une date préférée pour le rendez-vous

	Demande d'une date préférée		
	(1)	(2)	(3)
Origine africaine	-0,009 (0,014)	0,000 (0,015)	-0,001 (0,020)
CMU-C	0,009 (0,016)	-0,001 (0,016)	-0,004 (0,020)
ACS	-0,001 (0,018)	-0,009 (0,017)	-0,008 (0,021)
Origine africaine × CMU-C			0,008 (0,034)
Origine africaine × ACS			-0,005 (0,034)
Contrôles	NON	OUI	OUI
AIC	2733,243	2171,718	2175,588
Nombre d'observations	2 897	2 834	2 834

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Ecart-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les effets marginaux moyens des modèles probit à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : les résultats des estimations indiquent que le fait pour un patient d'indiquer qu'il bénéficie de la CMU-C est sans effet significatif sur la probabilité d'obtenir une date préférée de rendez-vous, y compris lorsque l'on n'introduit les variables de contrôle et les effets croisés effets croisés.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

Tableau A2 : Effet de l'origine et des dispositifs CMU-C et ACS sur l'éloignement temporel de la consultation lorsqu'un rendez-vous est pris

VARIABLES	Délai avant rendez-vous		
	(1)	(2)	(3)
Origine africaine	1,044 (0,717)	0,796 (1,080)	0,899 (1,659)
CMU-C	0,302 (1,030)	0,221 (0,933)	0,369 (1,198)
ACS	0,926 (0,956)	0,766 (1,081)	0,746 (1,277)
Origine africaine × CMU-C			-0,493 (2,161)
Origine africaine × ACS			0,127 (1,994)
Contrôles	NON	OUI	OUI
Nombre d'observations	2 863	2 800	2 800

Notes : *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Écarts-types groupés au cabinet entre parenthèses. Les coefficients de modèles à effets aléatoires sont présentés. Les variables de contrôles sont le mois, le jour et le moment de la journée où a eu lieu de la prise de rendez-vous, la spécialité médicale, le sexe de l'interlocuteur, la qualité de l'interlocuteur et l'enquêtrice.

Note de lecture : les résultats des estimations indiquent que le fait pour un patient d'indiquer qu'il bénéficie de la CMU-C est sans effet significatif sur la probabilité d'obtenir une date préférée de rendez-vous, y compris lorsque l'on n'introduit les variables de contrôle et les effets croisés effets croisés.

Source TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS

TEPP Rapports de Recherche 2019

19-5. Mesurer l'impact d'un courrier d'alerte sur les discriminations liées à l'origine

Sylvain Chareyron, Yannick L'Horty, Pascale Petit, Souleymane Mbaye

19-4. Evaluation de la mise au barème des revenus du capital: Premiers résultats

Marie-Noëlle Lefebvre, Etienne Lehmann, Michael Sicsic

19-3. Parent isolé recherche appartement : discriminations dans l'accès au logement et configuration familiale à Paris

Laetitia Challe, Julie Le Gallo, Yannick L'horty, Loïc du Parquet, Pascale Petit

19-2. Les effets du Service Militaire Volontaire sur l'insertion des jeunes : un bilan complet après deux années d'expérimentation

Denis Anne, Sylvain Chareyron, Yannick L'horty

19-1. Discriminations à l'embauche: Ce que nous apprennent deux décennies de testings en France

Loïc Du Parquet, Pascale Petit

TEPP Rapports de Recherche 2018

18-7. Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et l'activité des entreprises: nouveaux approfondissements et extensions pour la période 2013-2015

Fabrice Gilles, Yannick L'Horty, Ferhat Mihoubi

18-6. Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et l'activité des entreprises: approfondissements et extensions pour la période 2013-2015

Fabrice Gilles, Yannick L'Horty, Ferhat Mihoubi, Xi Yang

18-5. Les discriminations dans l'accès à l'emploi privé et public: les effets de l'origine, de l'adresse, du sexe et de l'orientation sexuelle

Laetitia Challes, Yannick L'Horty, Pascale Petit, François-Charles Wolff

18-4. Handicap et discriminations dans l'accès à l'emploi : un testing dans les établissements culturels

Louise Philomène Mbaye

18-3. Investissement et embauche avec coûts d'ajustement fixes et asymétriques

Xavier Fairise, Jérôme Glachant

18-2. Faciliter la mobilité quotidienne des jeunes éloignés de l'emploi: une évaluation expérimentale

Denis Anne, Julie Le Gallo, Yannick L'Horty

18-1. Les territoires ultramarins face à la transition énergétique: les apports d'un MEGC pour La Réunion

Sabine Garabedian, Olivia Ricci

TEPP Rapports de Recherche 2017

17-12. Le travail à temps partiel en France: Une étude des évolutions récentes basée sur les flux

Idriss Fontaine, Etienne Lalé, Alexis Parmentier

17-11. Les discriminations dans l'accès au logement en France: Un testing de couverture nationale

Julie Le Gallo, Yannick L'Horty, Loïc du Parquet, Pascale Petit

17-10. Vous ne dormirez pas chez moi! Tester la discrimination dans l'hébergement touristique

Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Souleymane Mbaye, Loïc du Parquet, Pascale Petit

17-09. Reprendre une entreprise : Une alternative pour contourner les discriminations sur le marché du travail

Souleymane Mbaye

17-08. Discriminations dans l'accès à la banque et à l'assurance : Les enseignements de trois testings

Yannick L'Horty, Mathieu Bunel, Souleymane Mbaye, Pascale Petit, Loïc Du Parquet

17-07. Discriminations dans l'accès à un moyen de transport individuel : Un testing sur le marché des voitures d'occasion

Souleymane Mbaye, Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Pascale Petit, Loïc Du Parquet

17-06. Peut-on parler de discriminations dans l'accès à la formation professionnelle ? Une réponse par testing

Loïc Du Parquet, Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Souleymane Mbaye, Pascale Petit

17-05. Evaluer une action intensive pour l'insertion des jeunes: le cas du Service Militaire Volontaire

Dennis Anne, Sylvain Chareyron, Yannick L'Horty

17-04. Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et l'activité des entreprises: une nouvelle évaluation ex post pour la période 2013-2015

Fabrice Gilles, Yannick L'Horty, Ferhat Mihoubi, Xi Yang

17-03. La faiblesse du taux d'emploi des séniors: Quels déterminants?

Laetitia Challe

17-02. Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et la R&D: une évaluation ex post: Résultats complémentaires

Fabrice Gilles, Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Ferhat Mihoubi, Xi Yang

17-01. Les discriminations dans l'accès au logement à Paris: Une expérience contrôlée

Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Loïc Du Parquet, Pascale Petit

TEPP Rapports de Recherche 2016

16-10. Attractivité résidentielle et croissance locale de l'emploi dans les zones d'emploi métropolitaines

Emilie Arnoult

16-9. Les effets du CICE sur l'emploi, les salaires et la R&D: une évaluation ex post

Fabrice Gilles, Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Ferhat Mihoubi, Xi Yang

16-8. Discriminations ethniques dans l'accès au logement: une expérimentation en Nouvelle-Calédonie

Mathieu Bunel, Samuel Gorohouna, Yannick L'Horty, Pascale Petit, Catherine Ris

16-7. Les Discriminations à l'Embauche dans la Sphère Publique: Effets Respectifs de l'Adresse et De l'Origine

Mathieu Bunel, Yannick L'Horty, Pascale Petit

16-6. Inégalités et discriminations dans l'accès à la fonction publique d'Etat : une évaluation par l'analyse des fichiers administratifs de concours

Nathalie Greenan, Joseph Lafranchi, Yannick L'Horty, Mathieu Narcy, Guillaume Pierné

16-5. Le conformisme des recruteurs: une expérience contrôlée

Florent Fremigacci, Rémi Le Gall, Yannick L'Horty, Pascale Petit

16-4. Sélectionner des territoires de contrôle pour évaluer une politique localisée : le cas des territoires de soin numériques

Sophie Buffeteau, Yannick L'Horty

16-3. Discrimination à l'embauche à l'encontre des femmes dans le secteur du bâtiment : les résultats d'un testing en Ile-De-France

Emmanuel Duguet, Souleymane Mbaye, Loïc Du Parquet et Pascale Petit

16-2. Accès à l'emploi selon l'âge et le genre: Les résultats d'une expérience contrôlée

Laetitia Challe, Florent Fremigacci, François Langot, Yannick L'Horty, Loïc Du Parquet et Pascale Petit

16-1. Faut-il encourager les étudiants à améliorer leur orthographe?

Estelle Bellity, Fabrice Gilles, Yannick L'Horty, Laurent Sarfati

TEPP Rapports de Recherche 2015

15-5. A la recherche des incitations perdues : pour une fusion de la prime d'activité, de la CSG, des cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu

Etienne Lehmann

15-4. Crise économique, durée du chômage et accès local à l'emploi : Eléments d'analyse et pistes d'actions de politique publique locale

Mathieu Bunel, Elisabeth Tovar

15-3. L'adresse contribue-t-elle à expliquer les écarts de salaires ? Le cas de jeunes sortant du système scolaire

Emilia Ene Jones, Florent Sari

15-2. Analyse spatiale de l'espace urbain : le cas de l'agglomération lyonnaise

Emilie Arnoult, Florent Sari

15-1. Les effets de la crise sur les disparités locales de sorties du chômage : une première exploration en Rhône-Alpes

Yannick L'Horty, Emmanuel Duguet, Florent Sari

TEPP Rapports de Recherche 2014

14-6. Dépréciation du capital humain et formation continue au cours du cycle de vie : quelle dynamique des externalités sociales ?

Arnaud Chéron, Anthony Terriau

14-5. La persistance du chômage ultra-marin

Yannick L'Horty

14-4. Grèves et productivité du travail : Application au cas français

Jérémy Tanguy

14-3. Le non-recours au RSA "socle seul": L'hypothèse du patrimoine

Sylvain Chareyron

14-2. Une évaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer

Emmanuel Duguet, Christine Le Clainche

14-1. Renforcer la progressivité des prélèvements sociaux

Yannick L'Horty, Etienne Lehmann

La Fédération TEPP

La fédération de recherche « Travail, Emploi et Politiques publiques » (FR 3435 CNRS) rassemble des équipes de recherche en Economie, Sociologie et Gestion :

- **L'Equipe de Recherche sur l'Utilisation des Données Individuelles en lien avec la Théorie Economique**, « ERUDITE », équipe d'accueil n°437 rattachée aux Universités Paris-Est Créteil et l'UPEMLV ;
- Le **Centre de Recherches en Economie et en Management**, « CREM », unité mixte de recherche n°6211 rattachée au CNRS, à l'Université de Rennes 1 et à l'Université de Caen Basse-Normandie ;
- Le **Centre Pierre Naville**, « CPN », équipe d'accueil n°2543 rattachée à l'Université d'Evry Val d'Essonne ;
- Le **Centre de Recherche en Economie et Droit**, « CRED », équipe d'accueil n°7321, rattachée à l'Université Panthéon-Assas ;
- Le **Centre d'Etude des Politiques Economiques**, « EPEE », équipe d'accueil n°2177 rattachée à l'Université d'Evry Val d'Essonne ;
- Le **Groupe d'Analyse des Itinéraires et des Niveaux Salariaux**, « GAINS », équipe d'accueil n°2167 rattachée à l'Université du Maine ;
- Le **Groupe de Recherche Angevin en Économie et Management**, « GRANEM », unité mixte de recherche UMR UMR-MA n°49 rattachée à l'Université d'Angers ;
- Le **Laboratoire d'Economie et de Management Nantes-Atlantique**, « LEMNA », équipe d'accueil n°4272, rattachée à l'Université de Nantes ;
- Le **Laboratoire interdisciplinaire d'étude du politique Hannah Arendt** – Paris Est, « LIPHA-PE », équipe d'accueil n°7373 rattachée à l'UPEM. »
- Le **Centre d'Economie et de Management de l'Océan Indien**, « CEMOI », équipe d'accueil n°EA13, rattachée à l'Université de la Réunion

La Fédération TEPP rassemble 223 chercheurs et enseignants-chercheurs et 100 doctorants, qui étudient les mutations du travail et de l'emploi en relation avec les choix des entreprises et analysent les politiques publiques en mobilisant les nouvelles méthodes d'évaluation.