Institut des Politiques Publiques

RAPPORT IPP Nº 43 - Mai 2023

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État

Lucie Le Rolland
Pauline Mendras
Delphine Roy
Joyce Sultan Parraud
Léa Toulemon

Institut des
Politiques Publiques

L'Institut des politiques publiques (IPP) est développé dans le cadre d'un partenariat scientifique entre PSE-Ecole d'économie de Paris (PSE) et le Centre de Recherche en Economie et Statistique (CREST). L'IPP vise à promouvoir l'analyse et l'évaluation quantitatives des politiques publiques en s'appuyant sur les méthodes les plus récentes de la recherche en économie.

www.ipp.eu

PARIS SCHOOL OF ECONOMICS
ECOLE D'ECONOMIE DE PARIS

CREST
CENTER FOR RESEARCH
IN ECONOMICS AND STATISTICS

Institut des Politiques Publiques

RAPPORT IPP N° 43 - Mai 2023

Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État

Lucie Le Rolland
Pauline Mendras
Delphine Roy
Joyce Sultan Parraud
Léa Toulemon

ISSN 1951-8110

Les autrices du rapport

Lucie Le Rolland est ancienne élève de l'École Normale Supérieure Paris-Saclay et de l'ENSAE. Elle a travaillé sur des modèles de traitement du langage avant de rejoindre l'IPP comme économiste entre 2020 et 2022. Elle y a contribué à construire et à améliorer des modèles de microsimulation, modélisant la perte d'autonomie au grand âge et la mortalité.

Pauline Mendras est assistante de recherche à l'IPP. Diplômée de l'ESCP et en dernière année d'étude à l'ENSAE, elle a auparavant travaillé sur les parcours d'emploi des jeunes issus de formations professionnelles à la Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP).

Delphine Roy est directrice du programme « Santé et autonomie » de l'IPP depuis décembre 2019. Administratrice de l'Insee, elle y a travaillé sur l'effet des subventions fiscales à l'emploi à domicile, le travail domestique, les modes de garde des jeunes enfants et la perte d'autonomie.
Page personnelle : https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/roy-delphine/

Joyce Sultan Parraud est économiste à l'IPP. Diplômée de l'École d'économie de Paris, elle participe aux travaux de l'IPP liés au marché du travail et à l'emploi. Elle s'intéresse notamment aux inégalités salariales entre les femmes et les hommes dans les entreprises et aux discriminations à l'embauche selon le sexe et l'origine.

Léa Toulemon a rejoint l'IPP en octobre 2018, où elle travaille sur les aidants des personnes âgées dépendantes : sur les liens entre le genre et l'aide apportée au sein

du couple et sur l'effet de l'aide sur la santé. Elle s'intéresse également aux conditions de travail des aidants professionnels. Lors de sa thèse et de son postdoctorat (Sciences Po et Chaire Hospinnomics), elle a travaillé sur la qualité de l'emploi, et sur les prix et les taux de remboursement du système de santé français.

Page personnelle : https://www.parisschoolofeconomics.eu/fr/toulemon-lea/

Remerciements

Ce projet a été réalisé en réponse à un appel d'offres ayant pour objet la réalisation d'un test de situation concernant le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et de l'aide médicale de l'État (AME). Cet appel d'offres, lancé par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), est le fruit d'un partenariat entre, d'une part, le ministère des Solidarités et de la Santé, représenté par la DREES et la direction de la sécurité sociale (DSS) et, d'autre part, le Défenseur des droits.

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui suivent pour les échanges fructueux auxquels ils ont contribué lors des réunions du comité de pilotage du projet, consacrées au protocole expérimental et à l'interprétation des résultats :

Défenseur des droits :

- Mme Marielle Chappuis
- Mme Vanessa Pideri

DSS :

- Mme Alice Blanchon
- Mme Fanny Chauvire
- Mme Caroline Coz
- Mme Sara Donati

DREES :

- M. Adrien Papuchon

- Mme Valérie Ulrich

Nous remercions vivement M. Hamidou Dia, sociologue et chercheur à l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD), qui nous a apporté sa précieuse connaissance de la diaspora sénégalaise pour la construction des identités fictives de patients d'origine sénégalaise. Nous le remercions également pour sa relecture de nos scripts d'appels.

Nous remercions chaleureusement Christophe Benz et le Centre pour la recherche économique et ses applications (CEPREMAP) pour le soutien dans le développement de l'application utilisée pour collecter les données du *testing*.

Enfin, nous exprimons notre profonde reconnaissance aux enquêteurs et enquêtrices pour leur travail de très grande qualité tout au long de la collecte des données : MM. Afo Crépin Akakpo, Achille Akpo, Valentin Boncourt, Paul Bouleknater, Juba Ouadahi, et Mmes Pia Busschaert, Amira Naddar Khalil, Camille Naudy, Ndeye Bigué Ndiaye, Ramata Ndongo.

Les conclusions et opinions émises dans ce rapport sont propres à leurs autrices et n'engagent ni le Défenseur des droits, ni la DSS ni la DREES.

Synthèse

La discrimination telle qu'elle est définie aux articles 225-1 et 225-2 du code pénal est interdite par la loi. Une définition précise et une liste des critères selon lesquels un traitement différencié constitue une discrimination y sont présentées (état de santé, origine, âge, orientation sexuelle, handicap, etc.). On parle de refus de soins discriminatoire lorsqu'un professionnel de santé refuse de recevoir ou traite moins bien un patient du fait de l'un de ces critères, ou parce qu'il est bénéficiaire d'une prestation comme la complémentaire santé solidaire (CSS) ou l'aide médicale de l'État (AME).

Le principe de non-discrimination apparaît dans les tout premiers principes du Code de déontologie médicale (articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du Code de la santé publique, CSP), et plus précisément dès l'article R. 4127-7, qui pose ce principe. Mais ce principe général n'empêche pas le praticien de pouvoir, dans certaines circonstances, refuser des soins. En effet, l'article R. 4127-47 du CSP précise que : « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ».

C'est dans cette tension entre le principe de non-discrimination et l'existence de raisons légitimes de refus de soins que peuvent survenir les cas litigieux. Quand des patients se voient refuser un rendez-vous par un praticien au prétexte qu'ils sont bénéficiaires d'une aide, le caractère discriminatoire du refus de soins ne fait aucun doute. Mais la discrimination à l'égard des patients bénéficiaires d'aide peut prendre des formes plus insidieuses, notamment lorsque les praticiens invoquent

des motifs légitimes (absence de disponibilité, pathologie non prise en charge etc.) à l'égard des patients bénéficiaires d'aide. Au niveau individuel, il est impossible de savoir si de tels refus constituent une discrimination ou s'ils sont opposés à tous les patients. C'est précisément pour quantifier ce phénomène que la mise en œuvre d'un *testing* est nécessaire.

Appliquée à la mesure du refus de soins, la méthode consiste à mettre en scène des patients fictifs sollicitant un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé pour des motifs similaires mais qui diffèrent selon une ou plusieurs caractéristiques dont on souhaite mesurer l'effet sur les chances d'obtenir un rendez-vous.

Le protocole expérimental

L'objectif de la présente étude est de fournir une mesure du niveau de refus de soins discriminatoire, dans trois spécialités médicales (médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie). Les critères de discrimination étudiés sont le bénéfice d'une prestation (CSS ou AME) et le genre du patient, si bien que l'étude permet d'investiguer l'effet du genre du patient sur la probabilité d'accéder aux soins et son interaction avec le fait de bénéficier de la CSS ou de l'AME.

La discrimination est évaluée par les chances d'obtention d'un rendez-vous ainsi que par les délais observés entre l'appel et la date du rendez-vous proposé. Chaque praticien de l'échantillon a fait l'objet d'une tentative d'appel par trois patients (bénéficiaire de l'AME, de la CSS, patient sans CSS ni AME dit « de référence ») du même sexe.

Menée pour le compte de la DREES, de la DSS et du Défenseur des droits par l'Institut des politiques publiques (IPP), cette étude fait suite à une étude menée en 2019 avec une méthodologie similaire au sujet de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide au paiement de la complémentaire santé (ACS), auprès des psychiatres, des gynécologues et des dentistes (voir Chareyron

et al. (2019)).

Pour ce faire, de multiples identités fictives de patient ont été construites à partir de bases de données administratives sur les prénoms portés par des personnes nées ou mortes en France. Les motifs d'appels pour solliciter un rendez-vous correspondent à des motifs courants de demande de consultation et ne présentent pas un caractère urgent, afin que la possibilité d'avoir un rendez-vous très rapidement ne soit pas un critère d'acceptation ou de refus. Les associations entre le bénéfice ou non d'une prestation et toutes les autres caractéristiques (identités, motifs de consultation, rang d'appel) font l'objet d'une rotation systématique d'un praticien à l'autre. Cette étude présente ainsi toutes les caractéristiques d'une étude par assignation aléatoire : la quasi-totalité des paramètres ont été déterminés de manière aléatoire selon un protocole *ex-ante* pour limiter toute source de variation qui polluerait l'effet que l'on souhaite mesurer.

La base de médecins à appeler a été tirée aléatoirement à partir de l'Annuaire santé Améli parmi les praticiens exerçant en France métropolitaine et exerçant comme salarié ou en libéral, selon la méthode d'échantillonnage par stratification (critères de stratification : spécialité médicale, conventionnement, densité de population dans la commune d'exercice et part des individus bénéficiaires de la CSS au niveau d'un département). Afin de limiter le risque de détection, un unique praticien a été retenu en cas d'adresse ou de numéro de téléphone partagé par plusieurs médecins.

Mise en œuvre opérationnelle

La collecte des données à débuté le 14 mars 2022 et s'est achevée à la fin du mois de septembre de la même année. Un peu plus de 34 000 tentatives d'appels ont été effectuées sur la période par une équipe de 10 enquêteurs et enquêtrices. Au sein de cette équipe, quatre personnes ont joué les bénéficiaires de l'AME (deux

femmes, deux hommes), les six autres enquêteurs (trois femmes, trois hommes) ont alterné entre patients de référence ou patients bénéficiaires de la CSS.

Une application permettant à la fois d'interroger la base de praticiens à enquêter et de saisir les informations sur le résultat des appels a été développée spécifiquement pour ce projet.

Le taux de réponse des médecins échantillonnés est très élevé, plus de 80 % ont répondu aux trois patients. La non-réponse des praticiens n'est pas liée aux critères d'échantillonnage et semble plutôt aléatoire. Dans l'ensemble, 3 086 praticiens ont été joints trois fois, 3 579 ont été appelés par au moins un de nos patients.

Les standards des cabinets sont fréquemment saturés et il a été souvent nécessaire d'appeler à de nombreuses reprises pour entrer en contact avec le personnel du cabinet. Dans l'analyse des résultats, nous prenons en compte les dates d'appel et la durée des écarts entre les appels de chaque patient.

Principaux résultats

Les taux de refus de rendez-vous sont en moyenne élevés, signalant des difficultés importantes d'accès au système de soins primaires : un patient, même s'il ne présente aucune caractéristique qui l'expose à un risque de discrimination, a moins d'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous quand il contacte un médecin généraliste ou un pédiatre, et près de deux chances sur trois pour un ophtalmologue. Un patient bénéficiaire de la CSS a des taux d'accès aux rendez-vous similaires à un patient non bénéficiaire d'aide. Pour autant, tous les patients ne sont pas logés à la même enseigne, et le taux d'obtention d'un rendez-vous chute à près d'un tiers pour les patients bénéficiaires de l'AME pour les rendez-vous chez le généraliste et le pédiatre, et à un demi pour les ophtalmologues.

Cette étude ne détecte pas statistiquement de discrimination à l'encontre des patients bénéficiaires de la CSS, bien que 1 à près de 2 % des appels de ces derniers

aient conduit à un refus discriminatoire explicite. Ceci contraste avec les résultats d'études précédentes sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, prestations remplacées par la CSS en 2019.

À l'inverse, les patients bénéficiaires de l'AME sont discriminés dans les trois spécialités étudiées. En tenant compte de l'incertitude des résultats, ils ont entre 14 et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez le généraliste par rapport aux patients de référence, entre 19 et 37 % de chances en moins chez l'ophtalmologue, et entre 5 et 27 % chez le pédiatre. Cette discrimination représente entre 10 et 11 points de pourcentage pour les trois spécialités considérées.

Le constat d'une discrimination significative envers les bénéficiaires de l'AME, transversale au secteur d'exercice du praticien, se retrouve dans les trois spécialités testées. Il n'y a pas d'écart significatif entre les médecins de secteur 1 et ceux de secteur 2 dans l'ampleur des discriminations mesurées, ce qui contraste avec les résultats d'études précédentes.

L'étude s'intéresse également à l'effet du genre du praticien sur la discrimination. En moyenne, les praticiennes de l'échantillon accordent 19 % de rendez-vous en moins que les praticiens. Mais si les praticiennes modulent leur emploi du temps en refusant plus souvent des patients, ces refus plus fréquents ne semblent pas se faire au détriment des patients bénéficiaires de prestations. Au contraire, les résultats montrent que les praticiennes discriminent significativement moins les bénéficiaires de l'AME que les praticiens.

Les résultats selon le genre du patient sont plus nuancés et dépendent de la spécialité considérée. Chez les généralistes, le genre ne semble pas interagir avec le bénéfice de l'AME. Chez les ophtalmologues, on observe un écart important entre les femmes bénéficiaires de l'AME et leurs homologues masculins, à la défaveur de ces derniers. Chez les pédiatres, ce sont les patients de référence masculins qui ont un taux d'obtention de rendez-vous très inférieur à celui des femmes de référence. Dans l'ensemble, la discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME ne dépend

pas du genre du patient.

Dans les trois spécialités, la discrimination est le fait d'une minorité de praticiens : près de deux tiers des praticiens appelés ne modifient pas leurs pratiques d'octroi de rendez-vous selon le profil des appelants, la détection d'éventuelles pratiques discriminatoires ne concerne donc que le tiers restant, qui ne propose un rendez-vous qu'à un ou à deux patients.

Les médecins refusant des patients bénéficiaires de l'AME le font souvent explicitement. Ainsi, 4 % des tentatives de rendez-vous des patients bénéficiant de l'AME auprès d'un généraliste se soldent par un refus discriminatoire explicite, 9 % des appels auprès d'ophtalmologues, et 7 % des appels pour prendre rendez-vous chez le pédiatre. Dans l'ensemble, les refus discriminatoires directs représentent plus de la moitié des refus de soins discriminatoires opposés aux patients AME, alors même que cela constitue une infraction.

Sommaire

Remerciements **1**

Synthèse **8**

Introduction **13**

1 Positionnement de l'étude **19**
1.1 Qu'est-ce qu'un refus de soins discriminatoire ? 20
1.2 Mesurer l'ampleur des refus de soins : pourquoi un *testing* est-il nécessaire ? 22
1.2.1 Un contexte d'accès aux soins difficile pour tous les patients . 22
1.2.2 La méthode du *testing* 24
1.3 Brève revue de la littérature 24
1.4 Principaux résultats de l'étude précédente (Chareyron et al. (2019)) . 25
1.4.1 L'étude de 2019 : protocole 25
1.4.2 L'étude de 2019 : résultats 26
1.4.3 Les éléments que nous reprenons par souci de comparabilité . 27
1.5 Trois nouveautés par rapport à l'étude précédente 28
1.5.1 De nouvelles spécialités testées 28
1.5.2 Une nouvelle prestation testée : l'AME 29
1.5.3 Une nouvelle dimension ajoutée à l'analyse : le genre du patient 30

2 Présentation des prestations étudiées : la CSS et l'AME **31**
2.1 Deux prestations crées pour faciliter l'accès aux soins aux plus pauvres 32
2.1.1 La complémentaire santé solidaire (CSS, ex CMU-C et ACS) : pour des personnes affiliées à la sécurité sociale 32
2.1.2 L'aide médicale de l'État : une aide spécifique pour les étrangers en situation irrégulière 33
2.2 Situation actuelle 35
2.2.1 7,2 millions de bénéficiaires de la CSS, 381 000 bénéficiaires de l'AME 35

2.2.2 Des conditions d'éligibilité proches, à l'exception de la situation au regard de la réglementation relative au séjour en France 35
2.2.3 Des coûts similaires à ceux du reste de la population 36

3 Protocole expérimental 39
3.1 Constitution de l'échantillon 40
3.1.1 Constitution d'une base de praticiens éligibles au tirage au sort 40
3.1.2 Constitution des strates 44
3.2 Le protocole 48
3.2.1 Les caractéristiques individuelles 48
3.2.2 Les motifs de consultation 53
3.2.3 Assignation des profils de patients aux professionnels de santé sélectionnés 56

4 Mise en œuvre opérationnelle 59
4.1 Déroulement de la collecte des données 60
4.1.1 Déroulé des enquêtes 60
4.1.2 Conduite à tenir dans certains cas spécifiques 61
4.2 Campagne d'appels 63
4.2.1 Évolution des appels et tests complétés 63
4.2.2 Non-réponse 67

5 Résultats 75
5.1 Un accès aux soins difficile pour les nouveaux patients 77
5.1.1 Moins d'un appel sur deux conduit à une proposition de rendez-vous, toutes spécialités confondues 77
5.1.2 Un praticien ne prend « pas de nouveaux patients » dans près d'un cas sur deux 79
5.1.3 De longs délais d'attente de prises de rendez-vous 82
5.2 62 % des médecins n'ont pas de pratiques différenciées selon le statut des patients 83
5.2.1 Échantillon retenu 84
5.2.2 Distribution du nombre de rendez-vous donnés par spécialité 85
5.2.3 Le taux d'obtention d'un rendez-vous est plus faible pour les bénéficiaires de l'AME 87
5.2.4 Les résultats selon le genre du patient sont plus nuancés et dépendent de la spécialité considérée 90
5.3 En cas de rendez-vous obtenus, des différences selon le statut et la spécialité 93

5.3.1 Pour les bénéficiaires de l'AME, des délais d'attente plus longs chez les ophtalmologues et plus courts chez les pédiatres . . . 93
5.3.2 Plus de précisions demandées aux bénéficiaires de l'AME et une amabilité moindre envers eux 96
5.4 Des différences de traitement importantes entre les patients bénéficiaires de l'AME et les autres 99
5.4.1 Effet du statut et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 100
5.4.2 Effet du statut et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 103
5.5 Une discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME transversale à toutes les spécialités et tous les secteurs d'activité 105
5.5.1 Hétérogénéité selon la spécialité médicale 106
5.5.2 Hétérogénéité selon le secteur d'activité 113
5.5.3 Hétérogénéité selon le genre du praticien 115
5.6 Les médecins refusant des patients bénéficiaires de l'AME le font souvent explicitement 120
5.6.1 Les motifs de refus par type de patient 122
5.6.2 Les refus opposés aux bénéficiaires de l'AME, selon la spécialité du praticien 123

6 Discussion 127
6.1 Comment expliquer l'absence d'écart significatif entre les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence ? 128
6.1.1 Simplification liée à la fusion 128
6.1.2 Évolutions ayant conduit à généraliser la pratique du tiers payant 129
6.2 Comment « expliquer » la forte discrimination à l'égard des patients et des patientes bénéficiant de l'AME ? 132
6.2.1 La télétransmission en mode dégradé 133
6.2.2 Autres hypothèses 135
6.3 Portée de l'étude au-delà du cadre expérimental 136
6.3.1 Un *testing* par essence limité 136
6.3.2 Validité externe 137

Conclusion générale 141

Annexes 145

A Caractéristiques des patients fictifs 145

B Scripts d'appels et motifs de consultations **149**
B.1 Trame pour les généralistes et les ophtalmologues 149
B.1.1 Partie sur les motifs – généralistes 150
B.1.2 Partie sur les motifs – ophtalmologues 150
B.1.3 Retour partie commune généralistes/ophtalmologues 151
B.2 Trame pour les pédiatres 152
B.2.1 Partie sur les motifs – pédiatres 152

C Application de saisie des données **155**

D Non-réponse **159**

E Résultats complémentaires **161**
E.1 Champ des appels aboutis 161
E.1.1 Statistiques descriptives 161
E.1.2 Résultats économétriques 166
E.2 Champ des appels complets 181
E.2.1 Statistiques descriptives 181
E.2.2 Étude de l'effet du lieu géographique sur l'accès aux soins . . 182
E.2.3 Résultats économétriques 196
E.2.4 Motifs de refus 200
E.3 Champ des appels complets, hors répondeurs ou assistances vocales . 201
E.3.1 Statistiques descriptives 201
E.3.2 Délais d'obtention d'un rendez-vous 204
E.3.3 Résultats économétriques 205
E.3.4 Motifs de refus 218

Références **221**

Liste des tableaux **227**

Liste des figures **233**

Introduction

« L'inégalité devant la prévention et les soins est l'une des injustices les plus criantes. Il n'est pas acceptable que certains ne puissent bénéficier ou faire bénéficier leurs enfants des soins dont ils ont besoin. Devant la maladie et la douleur le niveau de revenu ne doit pas introduire de discrimination » : ainsi commençait l'exposé des motifs de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 « portant création d'une couverture maladie universelle ». Cette loi créait la couverture maladie universelle (CMU) pour les assurés sociaux et l'aide médicale de l'État (AME) pour les étrangers qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France.

Depuis ce texte fondateur, les sigles se sont succédé au fur et à mesure que les dispositifs évoluaient : la protection universelle maladie (PUMa) a remplacé la CMU, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est apparue, puis a disparu à la faveur de sa fusion avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) au sein de la complémentaire santé solidaire (CSS)... mais l'objectif reste de permettre l'accès aux soins de tous, en limitant le renoncement aux soins pour raisons financières des personnes aux revenus les plus faibles, ou en situation précaire.

Un certain nombre de voix, comme celle d'associations ou du Défenseur des droits, se sont cependant élevées pour souligner que si les bénéficiaires de ces prestations n'étaient pas traités comme les autres par les professionnels de santé, alors l'objectif d'un égal accès aux soins ne pouvait être atteint. Et les années 2010 ont

vu s'accumuler les éléments de preuve en ce sens, notamment en ce qui concernait les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME.

Contexte de l'étude

En 2014, le Défenseur des droits montrait dans un rapport remis au Premier ministre que le droit à la santé n'était pas acquis pour les personnes en situation de précarité (Défenseur des droits, 2014).

En 2016-2017, le Défenseur des droits avait ouvert une enquête puis été saisi par trois associations (Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale, le Collectif inter-associatif de la santé, et Médecins du monde) à la suite d'informations mentionnées sur deux sites Internet concernant les pratiques de certains médecins n'acceptant pas les bénéficiaires de la CMU-C et de l'AME. Cette enquête a abouti, en 2019, à ce que le site Doctolib demande aux médecins concernés de retirer ces mentions.

Enfin, en 2019, une étude par *testing* intitulée « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales » a été réalisée, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, par l'équipe du laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil (Chareyron et al. (2019)). La présente étude s'inscrit dans la continuité directe de ce travail, tant par ses objectifs que par sa méthode.

Elle advient toutefois dans un contexte bien différent : depuis 2019, les prestations concernées ont changé, puis la crise sanitaire initiée en 2020 par la pandémie de Covid-19 a modifié les pratiques des patients comme des professionnels. La démographie médicale a, quant à elle, poursuivi sa lente évolution. Il est donc apparu nécessaire à trois administrations concernées - Défenseur des droits, Direction de la sécurité sociale des ministères sanitaires et sociaux, et Direction de la recherche,

de l'évaluation, des études et des statistiques - de commanditer une nouvelle étude sur le sujet. Un appel d'offres a été lancé pour réaliser un nouveau *testing* courant 2022, que l'Institut des politiques publiques a remporté. Ce rapport en présente les résultats.

Objectifs de l'étude

L'objectif premier de cette étude est de mesurer la discrimination dans l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État, et d'en analyser autant que possible les ressorts. À cet effet, notre étude repose sur des données expérimentales issues d'un *testing* couplées à des données administratives caractérisant les professionnels de santé ciblés dans le *testing* issues de l'annuaire santé de l'Assurance maladie. Les résultats portent sur un échantillon de médecins de trois spécialités (médecins généralistes, ophtalmologues et pédiatres) sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Afin d'étudier également l'effet du genre du patient sur la probabilité d'accéder aux soins et sa possible interaction avec le fait de bénéficier de l'une des deux prestations citées, nous avons appelé 1 500 cabinets avec des profils de patients et 1 500 autres cabinets avec des profils de patientes. Dans l'ensemble, environ 1 000 cabinets de chaque spécialité ont été appelés pour moitié par des patientes et pour moitié par des patients. Trois motifs de consultation similaires mais assez différents pour ne pas éveiller les soupçons éventuels des praticiens ont été retenus pour chaque spécialité. Afin d'éliminer l'effet des motifs et des identités sur la probabilité d'obtenir un rendez-vous, les motifs, les identités et l'ordre d'appel des patients ou des patientes ont fait l'objet d'une rotation systématique d'un praticien à l'autre.

La discrimination est ainsi mesurée par la différence d'obtention ainsi que les délais d'obtention d'un rendez-vous selon le profil du patient suggéré par son prénom (féminin ou masculin) et par son statut (bénéficiaire ou non d'une prestation

sociale). Chaque praticien de l'échantillon a fait l'objet d'une tentative d'appel par trois patients (bénéficiaire de la CSS, de l'AME, sans aide) du même genre.

Plan du rapport

Ce rapport est organisé comme suit :

Chapitre 1 : Positionnement de l'étude

Ce premier chapitre rappelle tout d'abord quelques définitions, et fait une brève revue de la littérature économique empirique internationale sur la discrimination dans l'accès aux soins (« *cream skimming* »). Il résume ensuite les principales caractéristiques et les résultats de l'étude de 2019 que l'appel d'offres invitait à reproduire, avant de présenter les différences et éléments nouveaux par rapport à cette étude.

Chapitre 2 : Présentation des prestations étudiées : la CSS et l'AME

Ce chapitre décrit les deux prestations étudiées afin de remettre dans leur contexte les éventuelles discriminations dont pourraient faire l'objet leurs bénéficiaires, et en particulier, leurs points communs et leurs différences du point de vue des populations concernées, de l'Assurance maladie et des professionnels de santé.

Chapitre 3 : Protocole expérimental

Ce chapitre détaille le protocole expérimental mis en place pour le *testing* : constitution de l'échantillon, création des identités des patients et des motifs de consultation, assignation aléatoire des patients aux médecins.

Chapitre 4 : Mise en œuvre opérationnelle

Ce chapitre présente la collecte des données, qui a eu lieu entre mars et septembre 2022 : fonctionnement de l'application de gestion des appels, consignes aux enquêteurs, statistiques sur le déroulement de la collecte (évolution au cours du temps du nombre d'appels réalisés, non-réponse).

Chapitre 5 : Résultats

Ce chapitre présente les résultats [1] du *testing* sur le taux d'obtention d'un rendez-vous ainsi que les délais d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient (bénéficiaire de la CSS, de l'AME ou sans aide), leur hétérogénéité par spécialité, secteur d'activité et genre du praticien, et décrit plus précisément les cas de refus explicitement discriminatoires rencontrés par les enquêteurs.

Chapitre 6 : Discussion

Ce chapitre discute les résultats précédemment exposés, notamment des évolutions normatives et techniques ayant conduit à la généralisation du tiers payant et pouvant expliquer l'absence de discrimination à l'égard des bénéficiaires de la CSS. Nous discutons ensuite de la spécificité de la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME, puis de la portée de cette étude au-delà du cadre expérimental retenu.

1. Les résultats de cette étude sont également publiés au format d'une synthèse sur le site du Défenseur des droits (https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/publications/2023/05/eclairages-les-refus-de-soins-opposes-aux-beneficiaires-de-la-complementaire) et d'un dossier de la DREES (https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/les-refus-de-soins-opposes-aux).

Chapitre 1

Positionnement de l'étude

Ce chapitre vise à replacer la présente étude dans son contexte, et à donner quelques définitions. Nous rappelons tout d'abord (section 1.1) ce qu'est un refus de soins, dans quels cas il s'agit d'une pratique discriminatoire, et pourquoi la méthode du *testing* est la seule qui permet de mesurer l'ampleur du phénomène (section 1.2). Nous présentons ensuite une brève revue de littérature (section 1.3) puis les résultats d'un précédent *testing*, réalisé en 2019, qui portait sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C (section 1.4). Comme explicitement demandé par l'appel d'offre auquel répond cette étude, notre *testing* s'inscrit dans la suite de celui-ci, et vise à lui être comparable, tout en apportant des éléments nouveaux, décrits dans la section 1.5.

1.1 Qu'est-ce qu'un refus de soins discriminatoire ?

La discrimination, dans quelque domaine que ce soit, définie aux articles 225-1 et 225-2 du code pénal, est interdite et punie de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende. Une définition précise et une liste des critères selon lesquels un traitement différencié constitue une discrimination y sont présentés (état de santé, origine, âge, orientation sexuelle, etc.). On parle de refus de soins discriminatoire lorsqu'un professionnel de santé refuse de recevoir ou traite moins bien un patient du fait, par exemple, de sa nationalité, son état de santé, sa religion, son handicap, son orientation sexuelle, etc.

L'article L1110-3 du code de la santé publique (CSP) précise que la notion de discrimination s'applique au bénéfice d'une aide comme la CSS ou l'AME : « 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 ou à l'article 225-1-1 du code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus aux 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 ».

Or, le principe de non-discrimination apparaît dans les tout premiers principes du Code de déontologie médicale (articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du CSP), et plus précisément dès l'article R. 4127-7, qui pose ce principe : « Le médecin doit écouter, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap et leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

Mais ce principe général de non-discrimination n'empêche pas le praticien de

pouvoir refuser des soins, dans certaines conditions qui relèvent d'un cadre juridique précis. En effet, l'article R. 4127-47 du CSP spécifie que : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles ».

C'est dans cette tension entre le principe de non-discrimination et l'existence de raisons légitimes de refus de soins que peuvent survenir les cas litigieux. Dans de tels cas, le patient qui s'estime victime d'une discrimination dans l'accès aux soins peut signaler son cas, qui vaudra dès lors dépôt de plainte, auprès de l'Assurance maladie ou de l'ordre du professionnel concerné. Mais très peu de patients ont recours à cette procédure (147 plaintes pour refus de soins discriminatoires ont été déposées en 2021 auprès d'une caisse d'assurance maladie ou du conseil départemental d'un ordre [1]), probablement en raison de la méconnaissance de cette procédure, ce qui interroge tout de même sur l'ampleur réelle du phénomène.

En effet, on a d'autre part des études fondées sur des données d'enquêtes qui montrent que le parcours de soins des personnes bénéficiaires de prestations sociales est ressenti comme compliqué. Conduite auprès de 3 000 bénéficiaires de la CMU-C, une enquête de la DREES en 2004 a par exemple montré que 15 % des personnes interrogées déclaraient avoir subi un refus de soins en raison de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C (Boisguérin, 2004). Et dans l'enquête « Enfants et familles sans logement » qui concernait 801 familles sans domicile d'Île-de-France en 2003, 22 % des familles déclaraient avoir été victimes d'un refus de soins à cause de leur statut de bénéficiaire de la CMU-C ou de l'AME.

1. Cf. le rapport d'activité de l'Assurance maladie (https://rapport-annuel.assurance-maladie.fr/)

1.2 Mesurer l'ampleur des refus de soins : pourquoi un *testing* est-il nécessaire ?

Le refus de soins est explicitement discriminatoire lorsque le ou la professionnelle de santé refuse de recevoir le patient pour un motif prohibé (état de santé, orientation sexuelle, handicap, etc.). Un patient qui s'entendrait par exemple répondre « désolé, on ne prend pas les AME » pourrait ainsi porter plainte pour discrimination sans qu'il n'y ait le moindre doute sur la nature discriminatoire de ce refus.

C'est à ce titre que les médecins qui affichaient des mentions du type « les bénéficiaires de la CMU ne sont pas acceptés au cabinet » ou « les AME ne sont pas acceptés » sur leur profil Doctolib ont dû les retirer à la suite de deux décisions du Défenseur des droits du 22 novembre 2018.

Cependant, la nature discriminatoire du refus de soins est souvent difficile à déterminer, notamment lorsque des motifs légitimes de refus sont invoqués. Ils sont pourtant tout de même discriminatoires lors qu'ils consistent en une différence de traitement entre les patients concernés et les autres : une absence de créneau disponible plus souvent invoquée, une orientation plus fréquente ou systématique vers un autre médecin ou un centre de santé, un rendez-vous proposé dans un délai plus long que celui des autres patients... Au niveau individuel, il est impossible de savoir si ces réponses constituent une discrimination ou si elles sont données à tous les patients.

1.2.1 Un contexte d'accès aux soins difficile pour tous les patients

Or, le contexte actuel est celui d'un accès aux soins difficile, dans lequel de nombreux patients se voient refuser des rendez-vous par des praticiens dont les

calendriers sont pleins, ou proposer des rendez-vous à des dates éloignées, sans que cela soit lié à des motifs discriminatoires.

En effet, les effectifs de médecins libéraux sont en diminution et le seront jusqu'en 2027, selon les dernières projections de la DREES (Bachelet et Anguis, 2017). Ils seront alors inférieurs de 24 % à leur niveau de 2012. Ce recul est particulièrement marqué pour les médecins généralistes libéraux dont les effectifs diminueraient de près de 30 % en 15 ans (2012-2027). Cette baisse, combinée à la croissance et au vieillissement de la population française, engendre des difficultés d'accès aux soins sur de nombreux territoires.

Selon une étude de la DREES de 2020, « Près de 80 % des médecins généralistes indiquent avoir des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et la moitié déclare que ces difficultés ont un impact sur leur pratique. Ces difficultés sont plus marquées en zone sous-dense : 84 % déclarent avoir du mal à répondre aux sollicitations et 57 % d'entre eux estiment que cela a un effet sur leur pratique (...). Ainsi, 72 % indiquent faire des journées plus longues que souhaité, et presque la moitié écourte le temps dédié à la formation professionnelle. Ces ajustements de la pratique ont également des conséquences sur l'accès aux soins des patients : 54 % des médecins généralistes affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous et 53 % refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. Pour 40 %, le suivi de certains patients devient moins régulier et pour 28 % le temps de consultation est raccourci. » (Chaput et al., 2020).

Il est donc difficile, dans ces conditions, de prouver qu'il y a discrimination lorsqu'un patient bénéficiaire d'une aide ne parvient pas à obtenir un rendez-vous avec un praticien.

1.2.2 La méthode du *testing*

Pour savoir si les bénéficiaires de prestations sont victimes de discriminations, notamment lorsqu'elles sont dissimulées ou non-explicites, il est donc nécessaire de procéder par *testing*, pour pouvoir comparer le taux d'obtention de rendez-vous des bénéficiaires et les délais associés à ceux d'un patient de référence.

Cette méthode est très couramment utilisée en sciences sociales sur la mesure des discriminations. Appliquée au marché du travail et à la mesure des discriminations à l'embauche, la méthode consiste à envoyer des CV fictifs en réponse à des offres d'emploi réelles en faisant varier les paramètres dont on souhaite mesurer l'effet : sexe des candidats, origine ethnique, âge, etc. Appliquée à la mesure du refus de soins, la méthode consiste à mettre en scène des patients fictifs sollicitant un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé pour des motifs similaires, mais qui diffèrent selon une caractéristique, qui serait ici le bénéfice d'une prestation. Comme le recommande en effet l'Assurance maladie, les patients bénéficiaires de prestations sociales liées à la santé sont encouragés à indiquer leur statut de bénéficiaire au moment des prises de rendez-vous avec les professionnels de santé.

1.3 Brève revue de la littérature

Les difficultés à obtenir un rendez-vous et les délais d'attente font partie des barrières dans l'accès aux soins classiquement étudiées en économie de la santé, et qui sont considérées comme de bons indicateurs de la qualité d'un système de soins, dans les études internationales (Schneider et al., 2017). L'équité dans l'accès aux soins est en effet un aspect important de la qualité d'un système de soins. La littérature internationale, qui traite beaucoup du système américain, s'intéresse au phénomène de sélection des patients par les médecins sous l'angle de leur « profitabilité ». Dans le système américain, les assurances privées remboursent des tarifs

différents aux professionnels de santé, et les bénéficiaires du système public *Medicaid* sont moins bien remboursés.

Ainsi, aux États-Unis (Reinhardt, 2011) comme en Allemagne (Werbeck et al., 2021), il a été montré que les patients dont l'assurance remboursait moins les praticiens se voyaient plus souvent refuser un rendez-vous, et lorsqu'un rendez-vous était obtenu, celui-ci l'était dans des délais plus longs.

Nous reviendrons sur les hypothèses économiques qui peuvent expliquer l'existence de ces phénomènes de sélection des patients, dans le chapitre 5. Pour le moment, on retient seulement de la littérature que l'existence de discriminations entre les patients peut soit être la conséquence d'un raisonnement purement économique (si certains patients « rapportent » effectivement plus que d'autres, comme montré dans la littérature américaine et allemande, ou si certains patients « coûtent » plus que d'autres, en temps de prise en charge par exemple), soit être la conséquence d'un « goût pour la discrimination » qui serait le reflet de préjugés et n'aurait économiquement pas de raison d'être. Les conséquences en termes de recommandations de politique publique ne seront pas les mêmes.

1.4 Principaux résultats de l'étude précédente (Chareyron et al. (2019))

1.4.1 L'étude de 2019 : protocole

Le Cahier des clauses techniques particulières de l'appel d'offres auquel répond ce rapport précisait le cadre de l'étude à mener : il s'agit de répliquer la méthodologie employée dans Chareyron et al. (2019). L'étude consistait, à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, à tester deux critères de discrimination (l'origine et le fait de bénéficier d'une aide sociale) auprès de trois spécialités de médecins : chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres. Pour chaque spé-

cialité, une prise de rendez-vous a été effectuée par trois types de patientes : une candidate de référence (suggérant une origine française par son prénom et son nom), une candidate suggérant une origine française par son prénom et son nom et indiquant bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS en alternance, une candidate suggérant une origine africaine par son prénom et son nom et indiquant bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS en alternance. Au total, 1 500 cabinets (500 cabinets pour chacune des trois spécialités), sélectionnés à partir d'un tirage au sort dans une base de sondage [2] ont été testés. Pour chaque professionnel de santé testé, trois profils de candidates aux soins ont été envoyés systématiquement, sur deux jours consécutifs pour ne pas éveiller les soupçons du secrétariat médical ou des professionnels de santé. Un test est considéré comme valide lorsque les trois patientes fictives ont réussi à rentrer en contact avec le cabinet testé.

1.4.2 L'étude de 2019 : résultats

Les résultats de ce *testing* mettaient en évidence une forte discrimination selon la situation de vulnérabilité économique, dans les trois spécialités médicales testées. Les situations de refus de soins discriminatoires, explicites et directes, étaient le fait de 9 % des dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres. Une analyse toutes choses égales par ailleurs révèle que ces discriminations étaient plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C. Ce résultat pouvait surprendre étant donné que l'ACS était destinée à des populations moins précaires que la CMU-C, et que les bénéficiaires de l'ACS apparaissaient moins stigmatisés dans les discours des praticiens (Desprès et Lombrail, 2017). Les refus de soins discriminatoires étaient par ailleurs plus fréquents en secteur 2 qu'en secteur 1. Enfin, leur intensité était variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Île-de-France, indépendamment de la densité médicale lo-

2. À partir de la base de données du site de référence de l'assurance maladie mise à disposition du public (www.ameli.fr)

cale. L'étude montrait une discrimination à l'égard des patientes d'origine africaine dans deux régions seulement.

Les résultats indiquaient par ailleurs qu'au total, la patiente de référence obtenait un rendez-vous avec un praticien des trois spécialités testées dans 70 % des cas alors que la personne bénéficiaire d'une aide (CMU-C ou ACS) avait un taux de succès de seulement 58 %. Le taux global des refus de rendez-vous (qu'ils soient licites ou discriminatoires) montrait les difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42 % des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS ne parvenaient pas à obtenir un rendez-vous, ce taux variant de 25 % à 66 % selon la spécialité.

1.4.3 Les éléments que nous reprenons par souci de comparabilité

Notre étude reprend trois éléments principaux de l'étude de Chareyron et al. (2019).

Tout d'abord, le protocole et la base de sondage sont les mêmes : trois patients appellent un praticien tiré dans la base Ameli, et cherchent à obtenir un rendez-vous pour un motif non-urgent. Comme évoqué plus loin parmi les limites de notre étude, cela restreint nécessairement le champ de celle-ci aux praticiens qui prennent des rendez-vous par téléphone. Ceux, de plus en plus nombreux, qui ne prennent des rendez-vous que via un site de gestion des rendez-vous ne sont pas représentés dans notre étude, comme ils ne l'étaient pas dans celle de 2019.

Ensuite, l'origine supposée des patients bénéficiaires de l'AME, dans notre étude, a été choisie de façon à être la plus comparable possible avec l'étude de référence : nous avons choisi des noms fictifs suggérant une origine sénégalaise, comme c'était le cas dans l'étude de 2019. On peut noter au passage que cette origine supposée a l'avantage de permettre la distinction entre origine étrangère et difficulté de

maîtrise du français. Ce sont deux facteurs très différents de refus de soins, mais ils seraient confondus si l'on avait choisi des patients fictifs venus de pays non-francophones. Les enquêteurs recrutés pour incarner les patients bénéficiaires de l'AME étaient tous effectivement d'origine sénégalaise, et parlaient tous parfaitement français. Le facteur « difficulté de langue » n'est donc pas pertinent dans le cas des patients bénéficiant de l'AME de notre *testing*, alors qu'il est parfois invoqué pour justifier le refus des bénéficiaires de l'AME par certains médecins.

1.5 Trois nouveautés par rapport à l'étude précédente

1.5.1 De nouvelles spécialités testées

La première différence, qui rend d'emblée nos résultats difficilement comparables à ceux de Chareyron et al. (2019), est que les spécialités des praticiens testés ne sont pas les mêmes, et ceci conformément à l'appel d'offres émis par les commanditaires de l'étude : nous testons des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres, et non plus des gynécologues, dentistes et psychiatres comme en 2019.

Étant donné que les taux d'obtention d'un rendez-vous sont très différents d'une spécialité à l'autre, il ne sera donc pas du tout possible de comparer les taux d'obtention avec ceux de l'étude de 2019. On pourra comparer les écarts observés entre patients de référence et patients bénéficiaires d'une prestation, mais il faudra garder à l'esprit que l'on compare des spécialités, des dates (2019 vs. 2022), et des prestations différentes (ACS et CMU-C d'une part, AME et CSS d'autre part).

1.5.2 Une nouvelle prestation testée : l'AME

Les patients bénéficiaires de la CSS sont globalement comparables à ceux qui étaient bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C en 2019, puisque la CSS a remplacé ces deux prestations.

En revanche, notre étude comporte des patients bénéficiaires de l'AME, ce qui n'était pas le cas en 2019. Ces patients sont d'origine supposée sénégalaise. Pour limiter les risques de détection, qui auraient été plus élevés si l'on avait fait appeler chaque praticien par quatre patients-tests, ainsi que pour des raisons de coût de l'étude, nous n'avons pas pu inclure dans notre protocole des patients fictifs d'origine sénégalaise non bénéficiaire de l'AME (soit sans aucune prestation, soit bénéficiaires de la CSS).

Contrairement à Chareyron et al. (2019), nous ne pourrons donc pas mesurer une potentielle discrimination liée à la seule origine supposée du patient. C'est une limite de notre étude, dans le sens où l'on aurait aimé savoir si une partie de la discrimination que l'on mesure envers les bénéficiaires de l'AME serait en fait due à l'origine supposée du patient, plutôt qu'au bénéfice de la prestation. A budget donné, nous avons plutôt choisi d'explorer la dimension du genre, qui n'avait pas été abordée dans le *testing* précédent.

Cela n'enlève rien à la validité de nos résultats sur l'AME, puisque par définition, tous les bénéficiaires de cette aide sont étrangers. Les bénéficiaires de l'AME peuvent être victimes de discrimination du fait de leur origine plutôt que du bénéfice d'une prestation, mais il s'agit dans les deux cas d'une discrimination illégale. De plus, l'AME étant une prestation qui signale d'emblée une origine étrangère, ces deux effets seront nécessairement confondus, pour les patients réels. Si un nouveau *testing* sur l'AME était envisagé à l'avenir, pour mesurer les évolutions par rapport à nos résultats, qui portent sur l'année 2022, il serait intéressant de garder l'origine sénégalaise supposée, mais de faire également varier l'origine supposée des

patients, pour voir si l'ampleur de la discrimination varie ou non selon celle-ci. En gardant le critère de locuteurs francophones pour ne pas ajouter la barrière de la langue, on pourrait ainsi ajouter des patients dont le nom suggérerait une origine vietnamienne, algérienne ou marocaine, malgache, mauricienne ou indienne, par exemple, afin de comparer les taux d'obtention de rendez-vous avec ceux dont l'origine supposée est sénégalaise.

1.5.3 Une nouvelle dimension ajoutée à l'analyse : le genre du patient

Chareyron et al. (2019) ne comparait que des patientes bénéficiaires et non-bénéficiaires de prestations, ce qui était une contrainte inhérente au champ de l'étude, les gynécologues faisant partie des trois spécialités à tester. Cependant, un résultat de travaux récents en sciences sociales est que la discrimination selon l'origine peut varier selon le genre, car l'effet de différents traits distinctifs se combine de manière complexe au lieu de s'additionner (Crenshaw, 1991; Browne et Misra, 2003). Cette littérature sur les effets d'intersectionnalité nous a semblé rendre intéressante la réalisation d'un *testing* croisant de façon contrôlée le genre et l'autre critère de discrimination considéré (bénéfice de la CSS ou de l'AME).

Chapitre 2

Présentation des prestations étudiées : la CSS et l'AME

Le système d'assurance santé français est mixte. L'assurance maladie de base est obligatoire et publique. Elle couvre un panier de soins large, qui correspond à 77,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (Barlet et al., 2019). Le reste à charge est partagé entre assurances complémentaires et ménages. La complémentaire santé solidaire (CSS) et l'aide médicale de l'État (AME) sont deux dispositifs qui visent à faciliter l'accès à l'assurance santé (dans le cas de l'AME) ou à une assurance santé complémentaire (dans le cas de la CSS), sous conditions de ressources. Ce chapitre présente ces deux prestations (section 2.1) ainsi que le nombre de bénéficiaires actuels et le coût par bénéficiaire relatif à chaque prestation (section 2.2).

2.1 Deux prestations crées pour faciliter l'accès aux soins aux plus pauvres

2.1.1 La complémentaire santé solidaire (CSS, ex CMU-C et ACS) : pour des personnes affiliées à la sécurité sociale

La complémentaire santé solidaire (CSS) vise à faciliter l'accès de personnes aux ressources faibles à une assurance complémentaire santé. Elle remplace, depuis le 1er novembre 2019, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). En unifiant ces dispositifs, la CSS est supposée gagner en lisibilité pour les bénéficiaires, et ainsi, réduire le non-recours, qui concernait plus de la moitié des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2018 (Cabannes et Chevalier, 2022).

Créée en 1999, la CMU-C s'adresse à des personnes affiliées à l'assurance maladie obligatoire, mais qui ne disposent pas d'assurance complémentaire santé [1]. Elle prend en charge les dépassements d'honoraires dans le cadre des forfaits plafonnés, les dispositifs médicaux et le tarif journalier hospitalier, permettant de limiter considérablement les restes à charge pour l'assuré. Les professionnels de santé ont l'interdiction de pratiquer des dépassements pour les bénéficiaires de la CMU-C, sauf dans le cadre de forfaits pré-définis (Barlet et al., 2019). L'ACS a été créée en 2004 pour limiter les effets de seuil pour les personnes dont les ressources sont juste un peu trop élevées pour bénéficier de la CMU-C. Cette aide est uniquement applicable sur certains contrats, et permet de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires.

La CSS offre l'accès à un panier de soins plus large que celui de la CMU-C et de l'ACS. En fonction du revenu du bénéficiaire, l'allocation est attribuée à titre

1. La CMU-C s'adresse également à des assurés couverts par un contrat de complémentaire santé individuel mais qui le jugeraient trop onéreux compte-tenu de leur niveau de revenu ou pas assez protecteur.

gratuit aux personnes dont les ressources sont inférieures à 798 € par mois pour une personne seule ou attribuée en contrepartie d'une participation financière aux personnes dont les ressources mensuelles sont situées entre 798 euros et 1 077 € pour une personne seule.

Depuis sa création, la prestation évolue pour simplifier les démarches pour les assurés et prend mieux en compte l'évolution des compositions de foyer en cours de droit, ce qui facilite son recours. D'autres mesures facilitent l'accès à la CSS pour certains publics : depuis le 1er janvier 2022, les personnes nouvellement bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) se voient automatiquement attribuer par téléservice la CSS, sauf opposition expresse de leur part. Le renouvellement de la prestation est par ailleurs automatique pour les personnes bénéficiaires du RSA et de l'ASPA, tant qu'elles en ont fait la demande initialement.

2.1.2 L'aide médicale de l'État : une aide spécifique pour les étrangers en situation irrégulière

L'aide médicale de l'État permet aux étrangers en situation irrégulière, sous certaines conditions, d'avoir accès à certains soins. Elle a toujours fait l'objet de débats. Plébiscitée par certains pour protéger une population vulnérable et garantir un accès universel aux soins, voire pour garantir l'équilibre financier des hôpitaux qui prendraient en charge des personnes non assurées, elle est accusée par d'autres de favoriser l'immigration irrégulière (Wittwer et al., 2020).

Dès la fin du XIXè siècle, l'aide médicale gratuite (puis aide médicale départementale en 1983) permet de fournir des soins aux malades privés de ressources, quel que soit leur statut sur le territoire. En 1993, une condition de régularité de séjour sur le territoire est introduite pour accéder à l'aide médicale départementale (Jusot et al., 2019). La couverture maladie universelle (CMU), créée en 1999 pour remplacer l'aide médicale départementale, remplacée aujourd'hui par la protection

universelle maladie (PUMA), maintient l'exclusion des étrangers en situation irrégulière. Un nouveau dispositif spécifique, l'aide médicale de l'État (AME), est créé en même temps que la CMU et la CMU-C pour permettre aux personnes étrangères en situation irrégulière et à faible niveau de ressources d'accéder à certains soins. L'AME prend en charge les frais de santé à hauteur de 100 % du tarif de la sécurité sociale, incluant la part généralement couverte par les complémentaires santé. Il n'y a donc pas de reste à charge sur les soins pratiqués au tarif « sécurité sociale », mais des coûts potentiellement élevés pour tout soin pratiqué avec des dépassements d'honoraires.

L'AME se décline en trois volets, l'AME de droit commun, qui nous intéresse ici, l'AME pour soins urgents, qui concerne des personnes en situation irrégulière non éligibles à l'AME de droit commun et dont le pronostic vital est engagé, et l'AME humanitaire, pour des soins ponctuels délivrés à des personnes en situation irrégulière et qui ne résident pas en France. Ces deux derniers volets permettent surtout de rembourser des soins hospitaliers, et ne sont pas considérés dans ce *testing*. Le non-recours à l'AME concerne 49 % des personnes éligibles (Jusot et al., 2019), et s'explique surtout par la durée de séjour : les personnes les plus récemment arrivées sur le territoire sont moins susceptibles de demander à bénéficier de l'AME. Cependant, même après cinq ans sur le territoire français, 35 % des personnes éligibles à l'AME n'en bénéficient pas.

2.2 Situation actuelle

2.2.1 7,2 millions de bénéficiaires de la CSS, 381 000 bénéficiaires de l'AME

Fin septembre 2022, 7,2 millions de personnes bénéficient de la CSS, soit environ 10 % de la population française, 5,8 millions sans participation financière (ex bénéficiaires de la CMU-C) et 1,4 million avec participation (Cabannes et Chevalier, 2022). Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a augmenté entre 4,4 et 5,5 millions de 2010 à 2015, et s'est stabilisé entre 5,5 et 5,9 entre 2016 et 2019. La CSS a pris le relais de l'ACS et de la CMU-C, et le nombre de bénéficiaires correspond à celui qui préexistait, il n'y a pas eu de discontinuité.

À la fin de l'année 2021, 381 000 personnes bénéficient de l'aide médicale de l'État de droit commun. Dans les années 2000, les bénéficiaires étaient entre 150 000 et 200 000 [2]. À notre connaissance, il n'existe pas de données agrégées concernant la nationalité des bénéficiaires de l'AME. Une enquête auprès de trois centres hospitaliers (Latournerie et al., 2019) indique que les deux tiers des bénéficiaires viendraient d'Afrique subsaharienne ou d'Afrique du Nord en 2018. Les personnes de nationalité sénégalaise, considérées dans notre *testing*, représentent quant à elles 2 à 3,5 % des bénéficiaires de l'AME, selon les centres hospitaliers concernés.

2.2.2 Des conditions d'éligibilité proches, à l'exception de la situation au regard de la réglementation relative au séjour en France

Pour l'AME comme pour la CSS, l'égibilité repose principalement sur deux conditions : être sous un plafond de ressources, et résider en France en situation irrégu-

2. Source : https://www.senat.fr/rap/l20-138-328/l20-138-3286.html

lière depuis au moins trois mois. Les enfants mineurs peuvent bénéficier de l'AME même s'ils ne résident pas en France depuis trois mois. Pour l'AME, les personnes ne doivent pas avoir de titre de séjour depuis au moins trois mois.

Le plafond de ressources pour l'AME et la CSS sans participation financière est le même. Il s'élève à 798 € mensuels pour une personne seule et 1 675 € mensuels pour quatre personnes en 2022. Les personnes gagnant plus de 798 € mensuels mais moins de 1 077 € mensuels sont éligibles à une version payante de la CSS. Ces valeurs concernent la France métropolitaine, elles sont supérieures d'une centaine d'euros mensuels dans les départements et régions d'outre-mer.

Les conditions d'éligibilité à la CSS sont la résidence en France en situation régulière depuis plus de trois mois, être affilié à l'assurance maladie obligatoire française et être en dessous d'un plafond de ressources. Un premier seuil, 798 € par mois pour une personne seule et sans enfant en France métropolitaine, permet l'éligibilité à la CSS gratuite. Entre 798 et 1 077 € mensuels, une participation financière est demandée, croissante en fonction de l'âge et pouvant aller jusqu'à 30 € par mois. Les bénéficiaires du RSA et de l'ASPA sont concernés par des dispositions spécifiques (voir section 2.1.1) facilitant leur accès à la prestation.

2.2.3 Des coûts similaires à ceux du reste de la population

Les dépenses pour la CSS sont de 2,4 milliards d'euros en 2020. La dépense par bénéficiaire est de l'ordre de 400 € par an. Le coût de la CMU-C par an et par bénéficiaire varie entre 400 et 440 € par an et par bénéficiaire depuis 2007, donc la CSS n'a pas entraîné de discontinuité dans les coûts. Ce montant correspond également au montant moyen dépensé par les organismes complémentaires.

Le coût de l'AME de droit commun pour 2021 s'élève à environ un milliard d'euros en 2021. Ce chiffre est en hausse depuis les années 2000, cette hausse étant due à la hausse du nombre de bénéficiaires. Le montant dépensé par bénéficiaire a aug-

menté au début des années 2000, puis s'est stabilisé autour de 2 500 à 3 000 € par an, ce qui correspond à peu près aux dépenses moyennes de santé par habitant, qui s'élèvent à 3 000 € par an en 2017 d'après Gonzalez et al. (2019).

Chapitre 3

Protocole expérimental

Ce projet a pour objectif de fournir une mesure du niveau de discrimination dans trois spécialités médicales : la médecine générale, l'ophtalmologie et la pédiatrie. Afin d'améliorer la représentativité des médecins de l'échantillon, nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage par stratification [1] que nous décrivons dans la section 3.1 de ce chapitre. Le protocole expérimental utilisé dans cette étude permet de comparer les taux de rendez-vous obtenus dans trois groupes de patientes ou de patients : celles ou ceux bénéficiant de la CSS, celles ou ceux bénéficiant de l'AME et celles ou ceux ne déclarant le bénéfice d'aucune aide (patientes et patients de référence). Ce protocole fait l'objet d'une description détaillée dans la section 3.2 du présent chapitre.

1. Le terme « représentatif » signifie que la composition de l'échantillon est, sur un certain nombre de critères considérés comme déterminants, similaire à celle de l'ensemble de la population étudiée.

3.1 Constitution de l'échantillon

3.1.1 Constitution d'une base de praticiens éligibles au tirage au sort

3.1.1.1 L'Annuaire Santé Ameli

Les données que nous utilisons proviennent de l'Annuaire Santé Ameli. Dans le cadre de la politique d'ouverture et de partage des données publiques, ces données sont disponibles en accès libre [2]. Précisément, nous utilisons la base « Infos pratiques professionnels de sante » qui contient l'identité des praticiens (prénom, nom, genre), leur spécialité, leur lieu d'exercice, mais également la possibilité de prendre la carte vitale, le type d'honoraires pratiqués, et même le prix le plus fréquent de la consultation quand un dépassement est appliqué [3]. Ces dernières informations sont utiles pour stratifier la population des médecins enquêtés.

TABLEAU 3.1 – Caractéristiques des médecins dans la base initiale (février 2022)

	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Activité libérale	94,9	91,5	84,5
Secteur 1	94,9	27,3	52,2
Adhérent OPTAM	3,3	18,3	31
Carte vitale	93,1	95,2	93,2
Femmes	44,5	36,6	70
Adresse partagée	35,6	45,1	37,5
Numéro manquant	19,6	40,8	31,5
Effectifs	56 054	6 362	2 413

Champ : généralistes, ophtalmologues et pédiatres, conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022.
Note : L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant en secteur 2. Le praticien signataire du l'OPTAM s'engage à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassements d'honoraires calculé sur la base des tarifs applicables aux praticiens exerçant en secteur 1.
Lecture : 94,9 % des généralistes ont une activité libérale.
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

2. https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/annuaire-sante-de-la-cnam/
3. La base utilisée a été téléchargée le 9 février 2022.

Le tableau 3.1 présente les caractéristiques des professionnels de santé d'après les informations renseignées sur l'Annuaire Santé Ameli. Nous ne conservons que les praticiens des spécialités considérées dans l'étude qui exercent en France métropolitaine, sont conventionnés en secteur 1 ou 2 et qui exercent comme salarié ou en libéral. Nous éliminons ainsi les professionnels qui exercent comme praticien hospitalier, même à temps partiel. Dans l'ensemble, on dénombre dans ce champ un peu plus de 56 000 généralistes. Le nombre d'ophtalmologues s'élève à 6 362 et le nombre de pédiatres à 2 413. La majorité des praticiens exercent en activité libérale et déclarent accepter la carte vitale quelle que soit la spécialité considérée. La proportion de femmes diffère d'une spécialité à une autre : un peu plus d'un tiers des ophtalmologues sont des femmes, alors qu'elles représentent la moitié des généralistes et deux tiers des pédiatres.

Les spécialités se distinguent par ailleurs sur des critères qui ont un impact important pour la définition de l'échantillon :

- La proportion de praticiens conventionnés en secteur 1 varie fortement d'une spécialité à l'autre : celle-ci est très faible chez les ophtalmologues (moins d'un tiers des praticiens), concerne un peu plus de la moitié des pédiatres et est très forte chez les généralistes (près de 95 %).

- La proportion de praticiens ayant souscrit à l'OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée), contrat par lequel ils s'engagent à maitriser leurs dépassements d'honoraires, permettant ainsi de faire bénéficier leurs patients d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement des soins : cette proportion est très faible chez les généralistes (3,3 %), concerne moins d'un ophtalmologue sur cinq (18,3 %) et moins d'un tiers des pédiatres (31,0 %).

- La proportion de praticiens partageant leur adresse postale avec d'autres professionnels est élevée (plus d'un tiers des praticiens toutes spécialités confondues), en particulier parmi les ophtalmologues (presque la moitié).

- La proportion de praticiens sans numéro de téléphone renseigné dans l'Annuaire Santé Ameli est importante et deux fois plus élevée parmi les ophtalmologues (40,8 %) que les généralistes (19,6 %).

3.1.1.2 Constitution d'une base de médecins éligibles et prise en compte des cas de cabinets partagés

Nous éliminons de la base les médecins qui n'ont pas de coordonnées téléphoniques car la mise en œuvre du *testing* serait tout simplement impossible auprès d'eux [4]. Nous supprimons également de notre base de données 44 praticiens dont la localisation du lieu de travail n'a pas pu être géocodée [5]. Les tests devraient ainsi être représentatifs des médecins autorisant la prise de rendez-vous par plusieurs moyens, incluant le rendez-vous téléphonique. Si la validité externe s'en trouve légèrement réduite, la validité interne est en revanche préservée, les bénéficiaires de prestations sociales étant un public plus éloigné des outils digitaux (Sautory, 2007).

Par ailleurs, afin de limiter le risque de détection, c'est-à-dire le risque qu'un praticien comprenne que l'appel reçu correspond à un *testing*, nous choisissons de ne retenir qu'un seul praticien en cas d'adresse ou de numéro de téléphone partagé par plusieurs praticiens. Ce choix a des implications contrastées compte tenu de la variabilité dans la proportion de praticiens partageant une même adresse selon la spécialité (cf. tableau 3.1). Précisément, nous adoptons la règle suivante :

- Dans le cas où plusieurs spécialités partagent la même adresse, on conserve en priorité les pédiatres qui sont moins nombreux sur le territoire, ou les ophtalmologues si aucun pédiatre n'est présent à l'adresse indiquée.

4. Nous avons écarté la possibilité de mettre en œuvre un *testing* via une prise de rendez-vous automatisée sur des plateformes spécialisées telles que `www.doctolib.fr`, `www.maiia.com`, etc. Bien que la prise de rendez-vous ait considérablement augmenté par ces moyens, le statut des bénéficiaires de prestations sociales ne fait pas partie des questions posées lors de la prise de rendez-vous en ligne et il est donc impossible de mettre en œuvre le test de situation.

5. La géolocalisation des lieux d'exercice est en effet essentielle pour générer des adresses fictives aux patients.

- Dans les cas où des praticiens d'une même spécialité partagent la même adresse ou le même numéro de téléphone, on tire au sort un praticien.

En tenant compte de ces critères, la base de praticiens « éligibles » contient 28 086 généralistes (cf. tableau 3.2), soit 49,9 % de généralistes en moins que dans la base initiale. Les ophtalmologues éligibles sont au nombre de 1 800, ce qui représente 71,7 % de praticiens en moins par rapport à la base initiale. Concernant les pédiatres, la perte est de 48,2 % pour un nombre final de pédiatres éligibles s'élevant à 1 249.

Notre base de sondage de médecins présente des caractéristiques proches de celles des médecins de la base initiale, l'Annuaire Santé Ameli (cf. tableau 3.2). En revanche, la procédure adoptée conduit à retenir une part plus importante d'ophtalmologues conventionnés en secteur 1 (39,1 % dans la base de sondage contre 27,3 % dans la base initiale).

C'est à partir de cette base de praticiens « éligibles » que nous constituons les strates dans lesquelles nous tirerons au sort l'échantillon des praticiens qui seront appelés.

TABLEAU 3.2 – Caractéristiques des médecins dans la base des médecins éligibles au tirage au sort (février 2022)

	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Activité libérale	94,6	89,2	82,8
Secteur 1	93,4	39,1	55,6
Adhérent OPTAM	4,2	14,7	28,5
Carte vitale	93,9	92,8	92,5
Femmes	40,8	39,5	67,4
Adresse partagée	16,3	11,7	19,7
Effectifs	28 086	1 800	1 249

Champ : généralistes, ophtalmologues et pédiatres, conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022.
Note : L'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est un contrat signé entre l'Assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant en secteur 2. Le praticien signataire du l'OPTAM s'engage à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassements d'honoraires calculé sur la base des tarifs applicables aux praticiens exerçant en secteur 1.
Lecture : 94,6 % des généralistes éligibles au tirage au sort ont une activité libérale.
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

3.1.2 Constitution des strates

3.1.2.1 Les critères utilisés

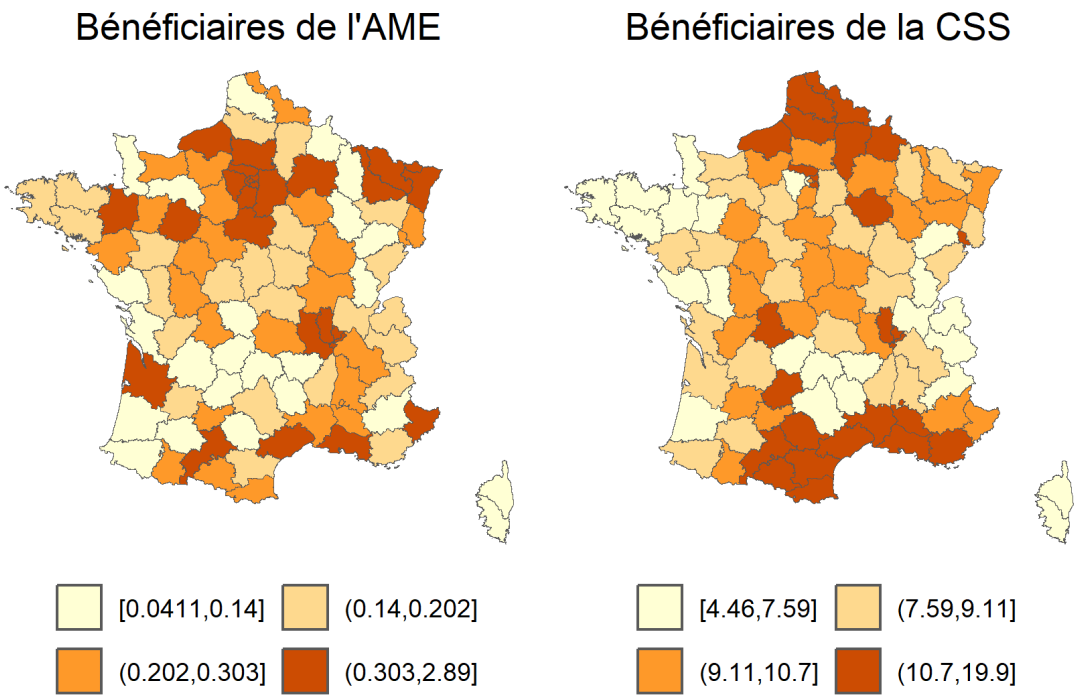
Les précédentes recherches étudiant les déterminants du refus de soins (Cases et al., 2008; Desprès et al., 2009; Chareyron et al., 2019) établissent que les difficultés d'accès aux soins peuvent différer selon plusieurs critères. Parmi ces déterminants, la tarification pratiquée par le professionnel de santé, la densité de population dans la commune où exerce le professionnel ainsi que la proportion de patients bénéficiaires de la CSS ou de l'AME expliquent en partie le refus de soins. Il paraît alors judicieux de partitionner la population des différentes spécialités de praticiens selon ces critères afin d'aboutir à des sous-groupes de praticiens (ou *strates*) les plus homogènes possibles, puis de s'assurer que notre tirage inclut bien chaque strate proportionnellement à sa taille.

L'idée d'origine présentée dans la réponse à l'appel à projets et précisée lors du comité de lancement proposait de définir une strate selon (i) la spécialité du professionnel de santé (généraliste, ophtalmologue ou pédiatre), (ii) la tarification appliquée par le professionnel (secteur 1/secteur 2), (iii) la densité de population dans laquelle son cabinet est situé (peu dense/dense) et (iv) la proportion de patients bénéficiaires de la CSS ou de l'AME (faible/forte). Ce dernier critère reposait sur l'hypothèse que la répartition spatiale des bénéficiaires de l'AME et de la CSS était similaire.

En regardant la répartition des populations bénéficiaires des deux aides (cf. la carte 3.1 [6]), nous pouvons constater que cette hypothèse est erronée. Il est par conséquent impossible de construire des strates cohérentes en combinant les proportions de bénéficiaires de la CSS et de l'AME. Si on prenait un indicateur un peu différent (par exemple, la proportion de communes avec une forte proportion de bénéficiaires de la CSS ou de l'AME), on n'arriverait pas à partitionner le territoire.

6. Nous rapportons les populations bénéficiaires de l'AME ou de la CSS à la population municipale de 2018 au niveau départemental.

GRAPHIQUE 3.1 – Proportion de bénéficiaires de la CSS et de l'AME en 2022



Champ : bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire au 30 septembre 2021 ou de l'aide médicale de l'État rapportés à la population départementale.
Lecture : dans la carte de gauche, dans les communes les plus claires, la population d'individus bénéficiaires de l'AME est inférieure à 0,14 % (premier quartile). Dans la carte de droite, dans les communes les plus claires, la population d'individus bénéficiaires de la CSS est inférieure à 7,59 % (premier quartile).
Source : données de la DSS (population bénéficiaire de l'AME) ; données de la DREES (population bénéficiaire de la CSS) et de l'Insee (population départementale).

Sachant que les bénéficiaires de l'AME sont concentrés dans les zones urbaines denses, on privilégie un indicateur basé sur la proportion de bénéficiaires de la CSS qui présente plus de variabilité.

Les critères détaillés utilisés pour la stratification sont les suivants :

- Spécialisation (médecine générale, ophtalmologie ou pédiatrie), à partir des données de l'Annuaire Santé Ameli ;

- Conventionnement (secteur 1/2), à partir des données de l'Annuaire Santé Ameli ;
- Densité de population dans la commune (faible/forte), à partir de la géolocalisation des adresses des praticiens et de la grille communale de densité définie par l'Insee ;
- Part d'individus bénéficiaires de la CSS au niveau d'un département (ramenée à la population départementale) en septembre 2021, d'après les données fournies par la DREES. Si la part d'individus bénéficiaires de la prestation est supérieure au troisième quartile, alors la commune est considérée comme ayant une forte part d'individus bénéficiaires de la CSS.

3.1.2.2 Effectifs à tirer dans chaque strate

La taille d'échantillon de médecins à cibler a été fixée dans la réponse à l'appel à projet : afin de tester l'interaction entre le genre du patient et le bénéfice d'une aide, nous avons besoin d'interroger 1 000 praticiens. Afin de s'assurer un nombre de tests valides proches de 1 000, on a choisi de porter le nombre de médecins à cibler à 1 300 par spécialité [7]. Comme nous pouvons le voir dans le tableau 3.2, le nombre total de pédiatres éligibles s'élève à moins de 1 300. Pour cette spécialité, on interrogera donc l'ensemble des praticiens éligibles.

Pour les autres spécialités, il reste à définir le nombre de médecins à tirer au sort dans chaque strate une fois que celles-ci ont été définies. Nous utilisons pour cela une « allocation proportionnelle » qui consiste à répartir l'échantillon entre les strates à proportion de leur taille dans la population [8]. Au sein de chaque strate, un sondage aléatoire simple a ensuite été effectué.

Les tableaux 3.3, 3.4 et 3.5 présentent les effectifs dans chaque strate considé-

7. Nous avons fait l'hypothèse d'un taux de non-réponse et de hors champ de 20 % au total, ce qui donnait un nombre de praticiens à inclure dans l'échantillon de 1 250, que nous avons arrondi à 1 300.
8. Dans ce cas, le taux de sondage est donc identique au sein de chaque strate.

rée et le nombre de praticiens sélectionnés dans chacune des strates.

TABLEAU 3.3 – Caractéristiques des strates - Généralistes

Strate	Secteur	Densité	Part CSS	Effectifs	% dans l'échantillon	Nb. à tirer
#1	1	faible	faible	6 577	23,4	304
#2	1	faible	forte	1 301	4,6	60
#3	1	forte	faible	12 878	45,9	596
#4	1	forte	forte	5 464	19,5	254
#5	2	faible	faible	123	0,4	6
#6	2	faible	forte	14	0	2
#7	2	forte	faible	1 480	5,3	70
#8	2	forte	forte	249	0,9	12
				28 086	100	1 304

Champ : généralistes conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022.
Lecture : 45,9 % des généralistes éligibles au tirage au sort exercent en secteur 1 dans des communes où la densité de population est forte et la part d'individus bénéficiaires de la CSS est faible.
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

TABLEAU 3.4 – Caractéristiques des strates - Ophtalmologues

Strate	Secteur	Densité	Part CSS	Effectifs	% dans l'échantillon	Nb. à tirer
#1	1	faible	faible	56	3,1	40
#2	1	faible	forte	7	0,4	6
#3	1	forte	faible	493	27,4	356
#4	1	forte	forte	148	8,2	108
#5	2	faible	faible	55	3,1	40
#6	2	faible	forte	7	0,4	6
#7	2	forte	faible	811	45,1	586
#8	2	forte	forte	223	12,4	162
				1 800	100	1 304

Champ : ophtalmologues conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022.
Lecture : 45,1 % des ophtalmologues éligibles au tirage au sort exercent en secteur 2 dans des communes où la densité de population est forte et la part d'individus bénéficiaires de la CSS est faible.
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

TABLEAU 3.5 – Caractéristiques des strates - Pédiatres

Strate	Secteur	Densité	Part CSS	Effectifs	% dans l'échantillon	Nb. à tirer
#1	1	faible	faible	23	1,8	23
#2	1	faible	forte	5	0,4	5
#3	1	forte	faible	512	41	512
#4	1	forte	forte	155	12,4	155
#5	2	faible	faible	14	1,1	14
#6	2	faible	forte	2	0,2	2
#7	2	forte	faible	401	32,1	401
#8	2	forte	forte	137	11	137
				1 249	100	1 249

Champ : pédiatres conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022.
Lecture : 41 % des pédiatres éligibles au tirage au sort exercent en secteur 1 dans des communes où la densité de population est forte et la part d'individus éligibles à la CSS est faible.
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

3.2 Le protocole

3.2.1 Les caractéristiques individuelles

Outre le bénéfice ou non d'une prestation, les patients se distinguent selon leur genre, suggéré par leur voix et leur prénom. Cette section décrit l'ensemble des autres caractéristiques des patients. Les scripts d'appel sont présentés dans la section 3.2.2.

3.2.1.1 La construction des identités

La faiblesse d'un *testing* basé sur un nombre d'identités restreint est qu'il ne permet pas d'interpréter la discrimination observée comme une discrimination moyenne liée à la caractéristique indirectement révélée. Il se pourrait en effet que pour d'autres prénoms ou noms, la discrimination soit entièrement différente, comme l'a montré Gaddis (2017). Ce point important est souvent négligé lors des *testings* qui extrapolent des résultats non représentatifs.

Pour mesurer la discrimination moyenne au moment de la prise de rendez-vous, il est nécessaire de travailler avec un échantillon représentatif de prénoms des deux

genres et des deux origines [9]. D'après notre protocole, les patients bénéficiaires de l'AME suggèrent tous en effet une origine sénégalaise tandis que les autres patients, sans aide ou bénéficiaires de la CSS, ont une identité suggérant une origine française [10]. Nous utilisons des bases de données administratives distinctes pour les patients évoquant une origine française et une origine sénégalaise.

Origine française

Pour construire les identités des patients de référence ou de ceux bénéficiant de la CSS, nous avons utilisé des bases de données mises à disposition par l'Insee. La première source est une base de données annuelle sur les prénoms donnés aux enfants nés en France en fonction de leur département et de leur année de naissance [11]. La seconde est une base de données décennale disponible au niveau des départements sur les noms portés par les enfants à leur naissance [12]. Par simplicité, nous avons construit des identités distinctes pour les deux types de patients (patients de référence ou ayant la CSS) pour éviter que deux patients ayant la même identité appellent le même médecin, mais il aurait été possible de procéder autrement. Pour limiter les problèmes que pourrait entraîner ce choix (non comparabilité des patients sur la base de l'identité suggérée), nous choisissons les identités des deux types de patients parmi un ensemble de prénoms et de noms ayant des caractéristiques similaires (très courants pour leur catégorie d'âge).

À genre donné, nous avons retenu les 100 premiers prénoms donnés aux enfants nés entre 1992 et 1997 (inclus). Parmi ces 100 prénoms, nous avons effectué un tirage au sort pondéré par la fréquence d'apparition de ces prénoms durant ces années et avons retenu 20 prénoms (la moitié ira aux patients de « référence »,

9. Nous utilisons l'appellation « origine » pour signaler un lieu de naissance.
10. Le protocole mis en œuvre ne permet pas pour autant de mesurer la discrimination selon l'origine suggérée par le prénom. Pour cela, il aurait fallu ajouter un quatrième type de patient suggérant une origine sénégalaise mais non bénéficiaire d'une aide.
11. https://www.insee.fr/fr/statistiques/2540004?sommaire=4767262
12. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3536630

l'autre aux patients bénéficiaires de la CSS). Les noms de famille ont été choisis selon une procédure similaire : nous avons conservé ceux portés par les enfants nés pendant la décennie 90 et en avons tiré au sort 40 en pondérant par leur fréquence. Pour construire l'identité finale (couple prénom et nom de famille), nous avons ensuite réordonné de manière aléatoire les listes obtenues et « collé » les prénoms et noms entre eux. Un dernier tirage aléatoire simple a ensuite été effectué parmi les identités obtenues afin de leur affecter (ou non) le statut de bénéficiaire de la CSS. Au final, les identités retenues pour les deux types de patients suggèrent *a priori* des caractéristiques implicites très similaires en moyenne.

Origine sénégalaise

Pour les patients bénéficiaires de l'AME, nous avons utilisé les fichiers de décès de l'Insee [13]. Ces fichiers de données décennaux contiennent l'identité de toute personne décédée en France (genre, prénom, nom) ainsi que le lieu de naissance de ces personnes. Nous avons ainsi effectué des tirages au sort pondérés par la fréquence des noms pour sélectionner les noms les plus fréquemment portés par les personnes nées au Sénégal et décédées en France. Pour les prénoms, le tirage a été effectué parmi l'ensemble des prénoms des personnes décédées récemment (après 2009) à des âges jeunes (moins de 40 ans), puisque nos patients ont des voix suggérant leur jeunesse. Afin d'aboutir à des identités cohérentes, nous avons soumis les listes obtenues à Hamidou Dia [14] : les deux noms de famille d'origine manjaque ont été associés aux prénoms catholiques, tandis que les autres noms de famille ont été associés aux prénoms musulmans.

13. https://www.insee.fr/fr/information/4769950
14. Hamidou Dia est un socio-anthropologue, chargé de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Ses projets de recherche portent sur les mobilités scientifiques, les migrations internationales, l'enseignement et la formation, la circulation des savoirs, et sur le triptyque « familles/religions/éducation » avec pour terrain de recherche le Sénégal. Sa page est consultable à cette adresse.

3.2.1.2 Autres caractéristiques : date, lieu de naissance, NIR, adresses de résidence, prénoms de l'enfant et du conjoint

Afin de crédibiliser les profils des patients et pour pouvoir répondre rapidement en cas de questions des praticiens de santé, nous avons également déterminé *ex-ante* leurs dates et les lieux de naissance, les prénoms des enfants. Les autres caractéristiques relatives à l'histoire de vie des patients dépendent des scripts de consultation et sont décrites dans la section 3.2.2. Pendant la phase pilote, à la suite d'une question d'un professionnel de santé, nous avons décidé d'ajouter les prénoms des conjoints des patients. Par soucis de simplicité et car c'est fréquent en France, les enfants et les conjoints portent tous le même nom de famille [15].

Lieux de naissance

Les lieux de naissance des patients sénégalais ont été choisis parmi les cinq villes les plus peuplées du Sénégal au dernier recensement effectué en 2002 et appariés aux identités en accord avec Hamidou Dia. Les lieux de naissance des patients français ont été choisis parmi les communes de plus de 10 000 habitants, plus susceptibles d'accueillir une maternité dans les années 90 [16].

Dates de naissance et NIR

Les dates de naissance ont été simulées de sorte à ce que les patients soient tous âgés de 25 à 30 ans, afin d'être cohérents à la fois avec l'âge d'une majorité de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (prestation

15. En réalité, les femmes sénégalaises se mariant au Sénégal conservent *a priori* leur nom de naissance, ce dernier se situant alors avant le nom du mari après le mariage. Cette caractéristique nous paraissant relativement méconnue en France, et parce qu'il est possible que les patientes d'origine sénégalaise se soient mariées en France, nous choisissons donc de procéder de la même manière pour les patients d'origine française et ceux d'origine sénégalaise.

16. D'après Bellamy (2017), la part des naissances enregistrées dans les communes de moins de 10 000 habitants est de 9 % en 2016 du fait d'une concentration des maternités qui s'est accélérée à partir de 1972 et la mise en œuvre d'une réglementation visant à fermer celles dont l'activité était la plus faible. Actuellement l'immense majorité des enfants naît par ailleurs en maternité : moins de 1 % des naissances ont lieu hors d'une structure de soins en 2016.

remplacée par la CSS), des jeunes parents consultant des pédiatres, et avec l'âge des assistants de saisie qui s'occupent de la campagne d'appels téléphoniques.

Les numéros de sécurité sociale ont ainsi été construits en cohérence avec les profils décrits ci-dessus :

- Sexe (1er chiffre) : 1 ou 2 pour les patients de référence ou ceux bénéficiant de la CSS ; 7 ou 8 pour ceux bénéficiant de l'AME [17] ;
- Année de naissance (les 2 chiffres suivants) : tiré au sort parmi [92-97] ;
- Mois de naissance (les 2 chiffres suivants) : tiré au sort parmi [01-12] ;
- Lieu de naissance (les 5 chiffres ou caractères suivants) :
  - Pour les personnes nées en France : 2 chiffres du code du département de naissance, suivis des 3 chiffres du code commune officiel de l'Insee.
  - Pour les personnes nées à l'étranger, les 2 chiffres du code du département sont remplacés par 99 et le code commune par un code Insee du pays de naissance. Pour le Sénégal, ce code est donc : 99 341.
- Numéro d'ordre permettant de distinguer les personnes nées au même lieu à la même période (les 3 chiffres suivants) : aléatoire entre 001 et 100 (car les naissances ont lieu dans des communes de plus de 10 000 habitants) ;
- Clé NIR = 97 - ((Valeur numérique du NIR) modulo 97).

L'ensemble des caractéristiques des patients est présenté dans l'annexe A.

Adresses postales

Enfin, les adresses de résidence des patients [18] ont toutes été générées à l'aide d'un *package* développé sur le logiciel *R* [19], qui a été utilisé par l'équipe IPP dans

17. Les bénéficiaires de l'AME ne disposent pas de carte vitale et n'ont pas de numéro de sécurité sociale définitif, mais un numéro de sécurité sociale temporaire (commençant par 7 pour un homme et 8 pour une femme).
18. Si la question d'un suivi antérieur leur est posée, les personnes se présentent toutes comme ayant récemment emménagé à proximité du médecin appelé.
19. Celui-ci fournit une fonction permettant de sélectionner aléatoirement dans un rayon déterminé une adresse parmi un ensemble d'adresses issues du cadastre 2021 et situées sur des parcelles

le cadre d'autres *testings*. Précisément, les adresses ont été générées en fonction de la spécialité médicale et de la densité de population de la commune dans laquelle exerce le praticien. En effet, les distances d'accès aux soins varient beaucoup en fonction de ces deux paramètres [20]. Les critères suivants ont été retenus :

TABLEAU 3.6 – Critères de distance utilisés pour générer les adresses de résidence fictives

Spécialité	Densité	Rayon en kms
Généralistes	forte	2
	faible	4
Ophtalmologues	forte	5
	faible	10
Pédiatres	forte	7
	faible	14

Puisque les patients sont censés avoir déménagé récemment, des « anciennes adresses » ont également été générées et dépendent des scripts utilisés. Elles sont situées dans des communes peu stigmatisées d'Île-de-France, dans le Val-de-Marne, où on trouve beaucoup de patients bénéficiant de la CSS ou de l'AME et dont l'image est relativement neutre, ni aisée ni défavorisée.

3.2.2 Les motifs de consultation

Les demandes de rendez-vous utilisent des motifs courants de demande de rendez-vous et ont un caractère non urgent, afin que la possibilité d'avoir un rendez-vous très rapidement ne soit pas un critère d'acceptation ou de refus. On évite ainsi que le premier patient qui appelle prenne le seul créneau très proche disponible, et que la comparaison avec les autres en soit complexifiée.

Afin de se rapprocher le plus possible d'une situation réelle, dans laquelle on n'annonce pas son nom au début d'un appel de prise de rendez-vous, les patients

à destination d'habitation principalement.

20. Cf. cette publication.

n'annoncent pas d'emblée leur identité [21]. En revanche, les patients annoncent tout de suite s'ils sont bénéficiaires d'une aide et leur genre est suggéré par la voix de l'enquêteur ou de l'enquêtrice. Le tableau 3.7 présente les premières phrases énoncées durant les appels selon les scripts.

TABLEAU 3.7 – Phrases de début d'appel

Script	Phrase lue par l'enquêteur	Patient bénéficiaire de la CSS	Patient bénéficiaire de l'AME
#1	« Bonjour, je voudrais prendre un rendez-vous avec le Dr. XXX s'il-vous-plaît. »	« J'ai la complémentaire santé solidaire »	
#2	« Oui bonjour, je vous appelle pour prendre rendez-vous avec le Dr. XXX. »		« Je précise que j'ai l'AME »
#3	« Bonjour, c'est pour prendre un rendez-vous avec le Dr. XXX. »	(+ Si question : « C'est comme la CMU-C, c'est ce qui a remplacé la CMU-C »)	

Les patients annoncent ensuite le motif de la consultation (souvent à la suite d'une question du secrétariat, du type « oui, c'est pour quoi ? »).

Généralistes

Les motifs de consultation des généralistes sont des douleurs ostéo-articulaires sans signe de gravité, présentes depuis 2 à 3 mois : une douleur au coude droit, une douleur au genou, une douleur au poignet.

Ophtalmologues

Pour les ophtalmologues, les trois patients se plaignent d'une baisse de leur acuité visuelle depuis 12 à 24 mois, pour laquelle ils se décident à consulter. Le délai de 12 à 24 mois a été choisi pour suggérer une atteinte légère mais gênante

21. Sauf, bien sûr, si celle-ci leur est demandée d'emblée.

et durable, et nous semble crédible pour les populations socialement défavorisées couvertes par la CSS et l'AME, caractérisées par un recours relativement tardif à la consultation pour ce type d'atteinte. Les enquêteurs avaient pour consigne de préciser n'avoir jamais consulté d'ophtalmologue avant l'appel si la question était posée (afin de suggérer un problème de vue relativement récent).

Pédiatres

Pour les pédiatres, on choisit des enfants de trois âges différents, afin que les appels n'apparaissent pas comme répétitifs : 2 ans 1/2, 5 et 7 ans. Les motifs ont été choisis pour être courants, et ne pas être urgents tout en justifiant le recours à un pédiatre. L'enfant de 2 ans 1/2 a ainsi un potentiel trouble orthopédique (pieds tournés vers l'intérieur) ; l'enfant de 5 ans a des problèmes de sommeil, et l'enfant de 7 ans une croissance physique qui paraît en retard par rapport aux autres enfants de son âge.

Tous les enfants concernés sont des garçons, afin de ne pas faire intervenir le genre de l'enfant dans la probabilité de refus : c'est celui du parent qui prend le rendez-vous qui sera pris en compte dans les résultats par genre. Dans le cas où la vaccination des enfants contre la Covid-19 est évoquée, nous avons décidé que les patients répondraient non compte tenu du très faible taux de vaccination des enfants de moins de 12 ans au moment du *testing*.

Autres précisions

Des réponses ont également été élaborées en fonction de certains cas. Ces réponses sont transversales à tous les motifs de consultation, toutes les spécialités et tous les scripts d'appels :

- Quand des questions portent sur la disponibilité des patients, les enquêteurs répondent qu'ils sont systématiquement disponibles après le travail aux alen-

tours de 18h30.

- Dans le cas où un praticien annonce qu'il a déjà un dossier avec cette identité, l'enquêteur précise bien que ce n'est pas elle ou lui, mais un homonyme.
- Dans le cas où le nom de l'école de l'enfant est demandé, on précise que l'école est située dans la commune où habite le patient.
- Dans le cas où l'interlocuteur demande comment le patient a eu les coordonnées du praticien, l'enquêteur répond qu'il les a obtenues sur l'Annuaire Santé Ameli.

3.2.3 Assignation des profils de patients aux professionnels de santé sélectionnés

Cette étude présente toutes les caractéristiques d'une étude par assignation aléatoire. La plupart des paramètres [22] de l'étude ont été déterminés de manière aléatoire selon un protocole *ex-ante* pour limiter toute source de variation qui polluerait l'effet que l'on souhaite mesurer. En effet, les profils des patients sont par nature différents, même s'ils ont été construits de sorte à être en moyenne similaires et peuvent être perçus de manière très différente les uns des autres, sans que cela puisse être anticipé. Pour éliminer ces effets, les associations entre le bénéfice ou non d'une prestation et toutes les autres caractéristiques (identités, motifs de consultation etc.) font l'objet d'une rotation systématique d'un praticien à l'autre.

Pour chaque médecin inclus dans l'échantillon (voir la section 3.1 pour ce qui concerne la constitution de l'échantillon) :

- Nous avons tiré au sort le genre des patients qui appelleront les professionnels. Ce tirage au sort est un tirage au sort simple avec remise effectué au niveau de chaque spécialité.

22. Les médecins à appeler chaque jour sont sélectionnés selon un processus décrit en annexe C.

- Nous avons tiré au sort la séquence correspondant à l'ordre dans lequel les différents types de patients appellent. Cette séquence a fait l'objet d'un tirage simple au niveau de chaque praticien.
- Nous avons tiré au sort la séquence des scripts qui seront lus par les enquêteurs. Cette séquence a fait l'objet d'un tirage simple au niveau de chaque praticien.
- Les identités des patients ont également été tirées au sort avant les appels, dans les listes d'identités inhérentes à chaque type de patient (référence, CSS ou AME).

Le tableau 3.8 présente les caractéristiques prévues des appels selon les paramètres expérimentaux décrits ci-dessus pour les trois spécialités médicales. Aucun écart significatif n'apparaît (toutes les *p-values* [23] sont supérieures à 5 %, cf. la dernière colonne du tableau). Il s'agira de vérifier à la fin de l'étude si la non-réponse (attrition) modifie cet équilibre.

23. Une variable est statistiquement significative au seul de x % lorsque la *p-value* est inférieure à x/100. Les seuils retenus sont : 10 % (*), 5 % (**) et 1 % (***).

TABLEAU 3.8 – Test d'équilibre - caractéristiques des appels

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres	Total	*p-value*
	(N=1304)	(N=1304)	(N=1249)	(N=3857)	
Genre enquêteur					1,000
Féminin	652 (50,0 %)	652 (50,0 %)	624 (50,0 %)	1928 (50,0 %)	
Masculin	652 (50,0 %)	652 (50,0 %)	625 (50,0 %)	1929 (50,0 %)	
Statut - premier appel					0,846
REF	420 (32,2 %)	445 (34,1 %)	421 (33,7 %)	1286 (33,3 %)	
CSS	445 (34,1 %)	424 (32,5 %)	416 (33,3 %)	1285 (33,3 %)	
AME	439 (33,7 %)	435 (33,4 %)	412 (33,0 %)	1286 (33,3 %)	
Statut - deuxième appel					0,696
REF	435 (33,4 %)	434 (33,3 %)	417 (33,4 %)	1286 (33,3 %)	
CSS	425 (32,6 %)	453 (34,7 %)	408 (32,7 %)	1286 (33,3 %)	
AME	444 (34,0 %)	417 (32,0 %)	424 (33,9 %)	1285 (33,3 %)	
Statut - troisième appel					0,695
REF	449 (34,4 %)	425 (32,6 %)	411 (32,9 %)	1285 (33,3 %)	
CSS	434 (33,3 %)	427 (32,7 %)	425 (34,0 %)	1286 (33,3 %)	
AME	421 (32,3 %)	452 (34,7 %)	413 (33,1 %)	1286 (33,3 %)	
Script utilisé - premier appel					0,153
Script 1	464 (35,6 %)	406 (31,1 %)	416 (33,3 %)	1286 (33,3 %)	
Script 2	420 (32,2 %)	439 (33,7 %)	426 (34,1 %)	1285 (33,3 %)	
Script 3	420 (32,2 %)	459 (35,2 %)	407 (32,6 %)	1286 (33,3 %)	
Script utilisé - deuxième appel					0,827
Script 1	437 (33,5 %)	446 (34,2 %)	403 (32,3 %)	1286 (33,3 %)	
Script 2	441 (33,8 %)	427 (32,7 %)	418 (33,5 %)	1286 (33,3 %)	
Script 3	426 (32,7 %)	431 (33,1 %)	428 (34,3 %)	1285 (33,3 %)	
Script utilisé - troisième appel					0,185
Script 1	403 (30,9 %)	452 (34,7 %)	430 (34,4 %)	1285 (33,3 %)	
Script 2	443 (34,0 %)	438 (33,6 %)	405 (32,4 %)	1286 (33,3 %)	
Script 3	458 (35,1 %)	414 (31,7 %)	414 (33,1 %)	1286 (33,3 %)	

Champ : généralistes, ophtalmologues et pédiatres, conventionnés en secteur 1 ou 2 qui exercent comme salarié ou en libéral en France métropolitaine au 9 février 2022..
Lecture : 32,2 % des 1 304 généralistes inclus dans l'échantillon feront l'objet d'une première tentative d'appel par un patient de référence. En moyenne, les généralistes inclus dans l'échantillon seront appelés autant de fois en premier lieu par un patient de référence que par un patient se présentant comme bénéficiant de la CSS ou de l'AME (proportions similaires, cf. les lignes « Statut - premier appel » et colonne *p-value* supérieure à 0,05).
Source : base de données de l'Annuaire Santé Ameli.

Chapitre 4

Mise en œuvre opérationnelle

La collecte des données a débuté le 14 mars 2022 et s'est achevée à la fin du mois de septembre de la même année. Plus de 34 000 tentatives d'appels ont été effectuées sur la période par une équipe de 10 enquêteurs et enquêtrices. Ce chapitre s'attache à détailler la mise en oeuvre opérationnelle du protocole expérimental. En premier lieu, nous décrivons l'évolution des appels puis nous discutons en second lieu des conséquences de la non-réponse sur le protocole expérimental.

4.1 Déroulement de la collecte des données

Les données ont été collectées par le biais d'une application *Shiny* présentée en annexe C. Nous présentons ici brièvement le déroulé type d'une enquête et les annulations envisagées en cas de rendez-vous obtenu par l'enquêteur.

4.1.1 Déroulé des enquêtes

L'équipe de recherche a rédigé un document à destination des enquêteurs présentant le protocole de l'étude, l'application *Shiny* et la conduite à tenir pendant les enquêtes. Les premiers appels ont été effectués collectivement de sorte à pouvoir écouter et commenter les expériences de chacun. Une importance particulière a été accordée aux conditions de passation des enquêtes et à la codification des modalités liées à la non prise d'un rendez-vous. Chaque semaine, l'équipe de recherche a fait un point avec l'ensemble des enquêteurs et cinq réunions en présentiel ont eu lieu au cours de la collecte des données.

Chaque enquêteur s'est vu fournir un ensemble de fiches au format papier. Chaque fiche est caractérisée par une spécialité médicale, le genre du patient, un « statut » (de patient de référence, bénéficiant de la CSS ou de l'AME) et une variante de script parmi les trois motifs de consultation décrits plus haut (des exemples de fiches sont disponibles dans l'annexe B). À chaque appel, l'application suggère à l'enquêteur un praticien à enquêter et fournit des informations essentielles sur cette personne, issues de la base de données Ameli. L'application donne ensuite les caractéristiques du patient et la fiche correspondante à ouvrir. Avant chaque appel, les enquêteurs ont été encouragés à se munir d'un papier et d'un stylo pour noter toutes remarques importantes sur l'appel.

4.1.2 Conduite à tenir dans certains cas spécifiques

Messageries/mise en attente

Nous distinguons deux cas :

1. Dans le cas où l'enquêteur a eu le temps de décliner son statut, la consigne est d'attendre la fin de l'appel. Ces cas se produisent quand un praticien décroche et met le patient en attente.
2. Quand l'enquêteur tombe tout de suite sur une messagerie, la consigne est de ne pas attendre au-delà de trois minutes et de remettre le praticien dans la liste des médecins à appeler.

Cas des annulations de rendez-vous

Afin de ne pas surcharger les calendriers des praticiens et pour ne pas pénaliser des patients « authentiques », les enquêteurs avaient l'obligation d'annuler tous les rendez-vous proposés. Pour ce faire, les enquêteurs pouvaient choisir un ou deux motifs parmi huit motifs d'annulation possibles. Parmi les huit déclins possibles, trois peuvent s'apparenter à un « joker » permettant à l'enquêteur d'accepter le rendez-vous et de rappeler plus tard pour l'annuler (il existe trois variantes pour ce « joker », cf. le tableau 4.1). La liste des motifs d'annulation est soumise à l'enquêteur de rang 1 (qui appelle en premier un praticien donné). À l'enquêteur de rang 2, est soumise cette liste dans laquelle on a ôté le motif d'annulation retenu par le précédent enquêteur (de rang 1). L'enquêteur de rang 3 choisira parmi les motifs d'annulation restants, c'est-à-dire ceux non retenus par les enquêteurs de rang 1 et 2.

Précisions sur la codification de certaines modalités

- Dans les cas où les praticiens indiquent n'autoriser la prise de rendez-vous que sur Doctolib ou ne pratiquer que des télé-consultations, les enquêteurs ont la

TABLEAU 4.1 – Motifs d'annulation

Motif d'annulation	Consigne
« Heu, en fait, excusez-moi mais à la réflexion le [date du rendez-vous] ça fait un peu tard, je vais essayer d'avoir un rendez-vous plus tôt avec un autre médecin. Je vous remercie. »	
« Oui, je suis désolé(e), je voudrais annuler le rendez-vous, en fait ma femme/mon mari a pris pour moi un rendez-vous avec un autre [spécialité]. Merci et désolé(e) du dérangement. » *Si demande au sujet de l'autre médecin* : « je ne sais ma femme/mon mari m'a pas dit. »	*Prend le rendez-vous mais rappelle 30 min plus tard pour l'annuler.*
« Attendez, excusez-moi mais en fait, le [date du rendez-vous] je ne suis pas sûr(e) d'être là. Je vous rappelle dès que je sais. Merci et désolé(e). »	
« J'ai déjà un rendez-vous ce jour-là, je vois si je peux le décaler et je vous rappelle. Bonne journée. »	
« Bonjour, j'ai finalement pu consulter un autre [spécialité], donc je souhaite annuler le rendez-vous du [date du rendez-vous]. Merci et au revoir. »	*Si rendez-vous donné > à dans une semaine, prend le rendez-vous mais rappelle le surlendemain.*
« Bonjour, je vous voudrais annuler le rendez-vous avec le docteur XX car j'ai un empêchement. Je m'appelle [prénom nom] et j'avais un rendez-vous pour le [date du rendez-vous]. »	*Prend le rendez-vous mais rappelle le jour/la veille du rendez-vous pour finalement l'annuler.*
« Désolé(e) mais je travaille à ce moment-là, mon planning n'est pas définitif, je vous rappelle dès que je l'ai. »	
« Ça ne m'arrange pas du tout, je vous rappellerai à un autre moment. »	

consigne de coder ces cas comme un refus en indiquant dans la modalité « Autre » soit « Prise de rendez-vous sur Doctolib seulement » ou « Téléconsultation uniquement ».

- Si le praticien indique être spécialisé dans un domaine et qu'il refuse le patient pour cette raison, alors l'enquêteur a la consigne d'indiquer qu'il n'a pas pu prendre rendez-vous et indique le motif suivant « ne prend pas ce type de pathologie ».
- Si le rendez-vous a été obtenu avec le remplaçant du médecin, l'enquêteur avait pour consigne d'indiquer qu'il avait obtenu un rendez-vous avec un autre médecin. Dans le cas où l'interlocuteur demande si le patient souhaite avoir un rendez-vous avant avec un remplaçant, on privilégiait le rendez-vous donné avec le praticien appelé.
- Pour rappeler à l'enquêteur d'annoncer son statut, une question de vérification était présente. Dans le cas des répondeurs, en l'absence d'interaction possible avec un interlocuteur, le patient ne pouvait pas annoncer son statut. L'enquêteur avait alors pour consigne d'indiquer qu'il n'avait pas annoncé son statut (cf. le chapitre 5).

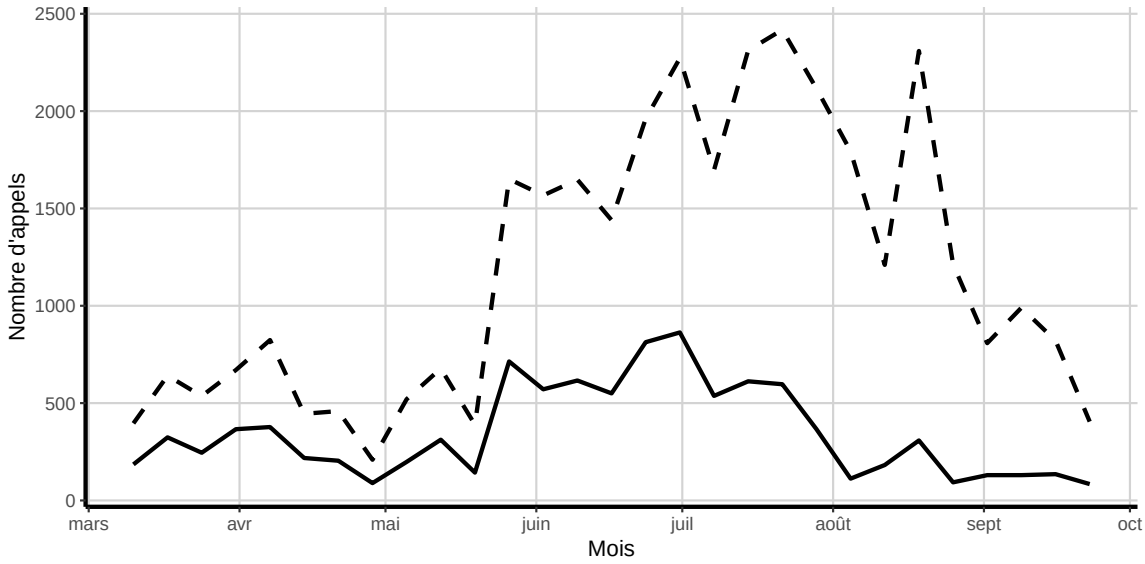
4.2 Campagne d'appels

4.2.1 Évolution des appels et tests complétés

La campagne d'appels téléphoniques a duré près de sept mois au total, s'étalant du mois de mars à la fin du mois de septembre 2022 (graphique 4.1). Les courbes hachurée et pleine du graphique représentent respectivement le nombre de tentatives d'appels et le nombre d'appels aboutis (quand l'enquêteur est entré en contact avec un cabinet). L'écart entre ces deux courbes, qui s'est creusé durant les mois d'été, témoigne des difficultés des enquêteurs à joindre les professionnels de

santé sélectionnés dans l'échantillon. De manière générale, l'évolution du nombre d'appels a été inégale durant la campagne de *testing*, en raison notamment des différentes périodes de vacances scolaires. L'équipe d'enquêteurs et d'enquêtrices a par ailleurs été renforcée à partir du mois de juin comme en témoigne le bond du nombre d'appels effectués à partir de cette période.

GRAPHIQUE 4.1 – Évolution des appels

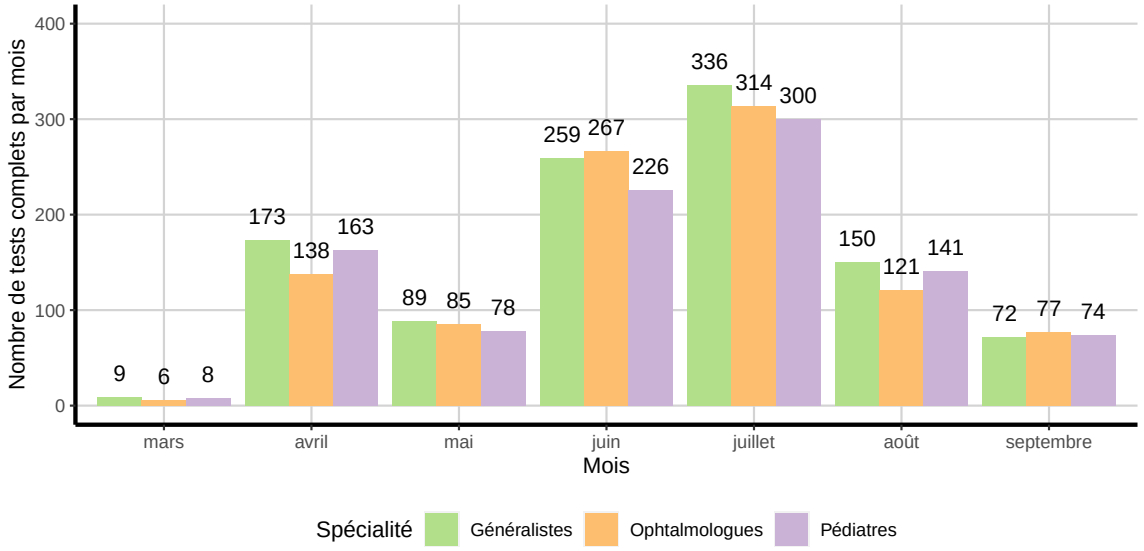


Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : la courbe hachurée représente le nombre de tentatives d'appels, la courbe pleine le nombre d'appels aboutis.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Le graphique 4.2 présente le nombre de tests complets effectués chaque mois, c'est-à-dire le nombre de praticiens joints par des patients de trois types (sans aide, bénéficiant de l'AME ou de la CSS). Au mois de mars 2022, respectivement 9, 6 et 8 tests avaient été complétés auprès des généralistes (en vert), des ophtalmologues (en orange) et des pédiatres (en violet). Dans l'ensemble, la progression des tests a été assez homogène entre les spécialités (cf. graphique 4.3), même si l'on note un léger décrochage entre l'évolution des tests chez les ophtalmologues et les pédiatres en comparaison des généralistes.

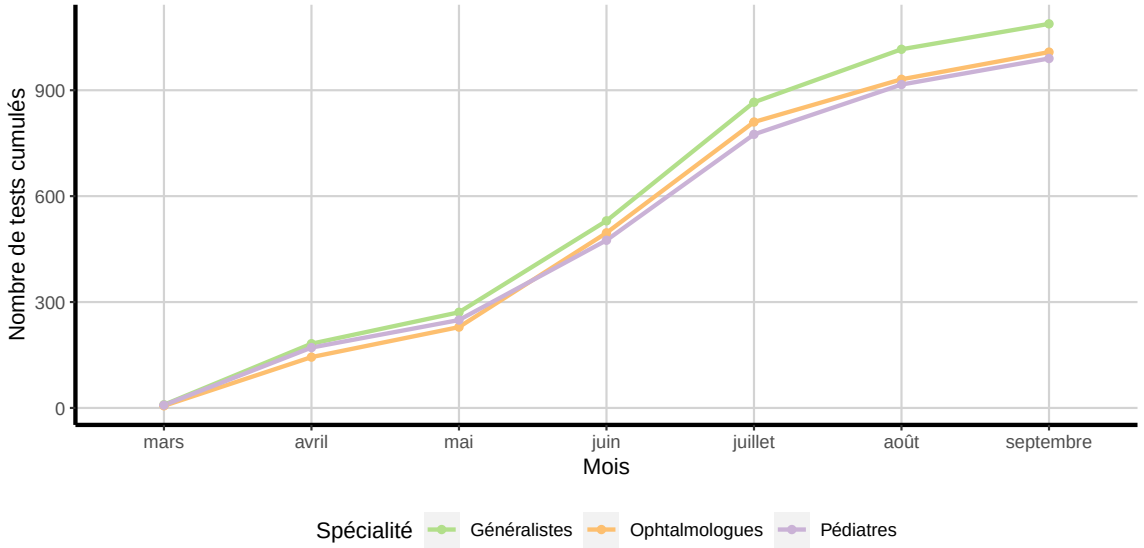
Les lignes téléphoniques des cabinets sont fréquemment saturées et il a été sou-

GRAPHIQUE 4.2 – Nombre de tests complets par mois



Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 173 tests ont été complétés au mois d'avril pour les généralistes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE 4.3 – Évolution cumulée du nombre de tests complets par spécialité

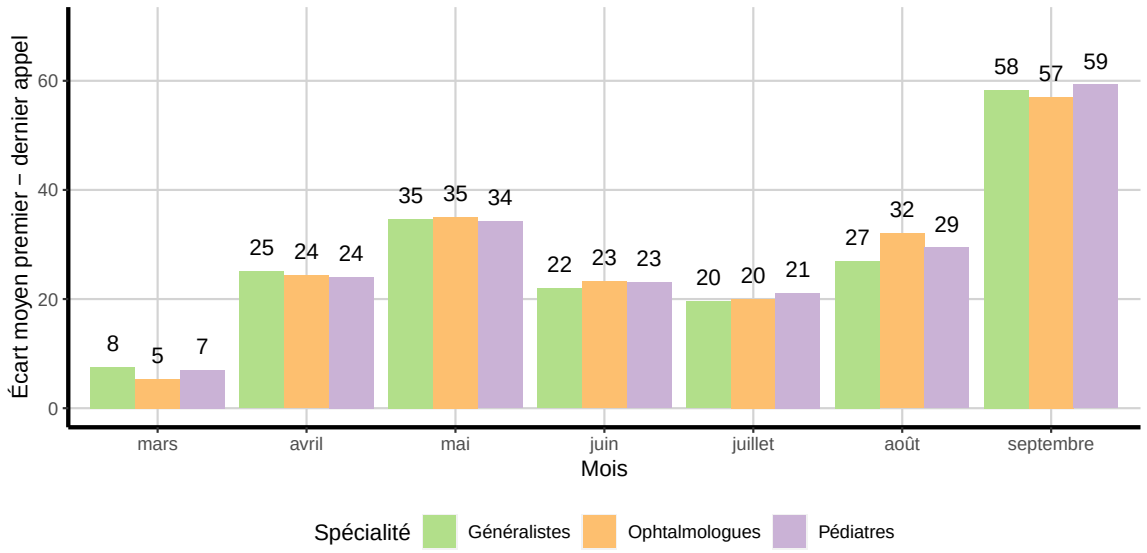


Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : environ 180 tests étaient complets à la fin du mois d'avril pour les généralistes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

vent nécessaire d'appeler à de nombreuses reprises pour entrer en contact avec le secrétariat ou le praticien. En cas de réussite du premier appel, le deuxième appel était possible à partir de deux jours après le dernier contact. Un plus grand nombre

de rappels a alors été réalisé pour tenter d'avoir deux contacts téléphoniques. En cas de réussite du deuxième appel, le troisième appel était autorisé de sorte à obtenir un test valide. À nouveau, un nombre d'appels parfois important a été réalisé afin d'obtenir un dernier contact avec le cabinet. Le graphique 4.4 présente les écarts moyens en nombre de jours entre le premier et le dernier appel abouti par test complété. Cet écart est inférieur à un mois en moyenne sur la période allant de mars à août 2022. Au mois de septembre 2022, les écarts moyens entre premier et dernier appel sont en revanche plus élevés que pour les autres mois car on a cherché à compléter des tests, c'est-à-dire chercher à rappeler des praticiens qui avaient déjà été appelés par un ou deux patients. Dans l'analyse des résultats, nous prendrons en compte les dates d'appel ainsi que la durée des écarts entre les appels.

GRAPHIQUE 4.4 – Écarts en jours entre le premier et le dernier appel abouti



Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : l'écart moyen entre le premier et le dernier appel abouti est de 25 jours par test complété au mois d'avril pour les généralistes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Du fait de la stratification, la majorité des praticiens contactés ont leur cabinet situé dans des espaces urbains et à densité forte[1] (tableau 4.2) : 86,2 % des

1. La densité est définie à partir de la géolocalisation des adresses des praticiens et de la grille communale de densité définie par l'Insee. Les communes densément peuplées et de densité intermédiaire sont regroupées dans la modalité « densité forte » tandis que les communes peu ou très peu denses sont regroupées dans la modalité « densité faible ».

praticiens joints par les trois profils de patients exercent ainsi dans des espaces à forte densité. En différenciant par spécialité médicale, on remarque que 29,8 % des tests complets réalisés auprès des généralistes ont été effectués dans des espaces à densité faible, mais que cela ne représente que 6,8 % et 3,4 % des tests complets effectués auprès des ophtalmologues et pédiatres respectivement.

TABLEAU 4.2 – Nombre de tests complets par spécialité médicale et type de densité

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres	Ensemble
Densité faible	324 (29,8 %)	69 (6,8 %)	34 (3,4 %)	427 (13,8 %)
Densité forte	764 (70,2 %)	939 (93,2 %)	956 (96,6 %)	2 659 (86,2 %)
Total	1 088 (100 %)	1 008 (100 %)	990 (100 %)	3 086 (100 %)

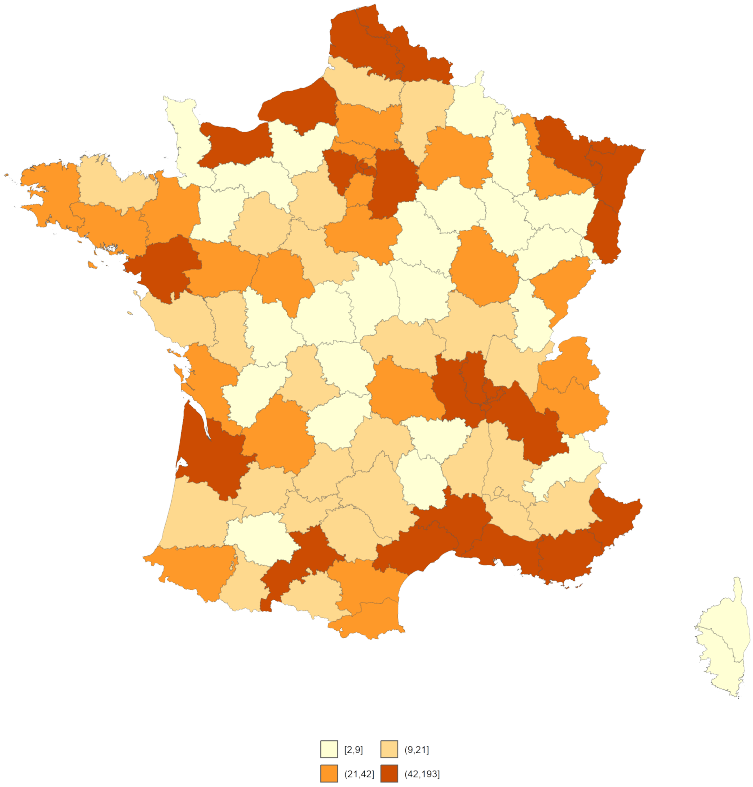
Source : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : parmi les 1 088 généralistes joints par les trois profils de patients, 324 exercent dans une espace de densité faible. Cela représente 29,8 % des tests complets réalisés auprès de généralistes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Ce même résultat s'observe au niveau du département avec davantage de tests complets réalisés dans les zones à forte densité, à savoir dans les régions parisiennes et lyonnaises, les régions d'Alsace et des Hauts-de-France, sur le pourtour méditerranéen ou la côte atlantique (graphique 4.5). Dans l'analyse des résultats, nous prendrons en compte le lieu d'exercice du praticien ainsi que la densité médicale afin de contrôler l'effet du lieu géographique et de l'offre de soins spécifique à celui-ci sur l'accès aux soins. Une étude plus approfondie du nombre des tests complets par spécialité médicale par région et par département a été conduite en annexe.

4.2.2 Non-réponse

Un médecin de l'échantillon est considéré comme non-répondant « total » si aucun appel n'a conduit à un contact avec son cabinet. La proportion de praticiens non-répondants est très stable au sein des spécialités étudiées (de l'ordre de 7 à 8 %). Parmi les généralistes, 89 d'entre eux n'ont répondu à aucun appel (différence

GRAPHIQUE 4.5 – Nombre de tests complets réalisés par département



Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 185 tests complets ont été réalisés dans le département des Bouches-du-Rhône.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

entre la colonne « Ensemble » et la colonne « Répondants partiels » du tableau 4.3), ce qui est le cas de 91 ophtalmologues et de 96 pédiatres.

Pour certains praticiens de l'échantillon, la non-réponse est « partielle » : au moins un enquêteur (voire deux) a réussi à entrer en contact avec le cabinet. Cette part est plus variable selon les spécialités : elle représente 9,8 % des généralistes, 15,6 % des ophtalmologues et 13,0 % des pédiatres. Nous présenterons dans le chapitre 5 des résultats sur cette population de praticiens ayant été joints au moins une fois car l'ordre dans lequel les patients de différents statuts ont appelé le praticien est aléatoire.

La dernière colonne du tableau 4.3 présente la proportion de praticiens joints par trois patients : cette proportion est logiquement plus élevée parmi les généralistes (qui présente une part de non-répondants partiels plus faible) que parmi

les ophtalmologues et les pédiatres. La contrainte des 1 000 praticiens joints par spécialité a été respectée et le nombre de praticiens répondants est suffisant pour satisfaire les contraintes de précisions des résultats présentés plus bas [2].

TABLEAU 4.3 – Nombre de médecins répondants par spécialité

	Ensemble	Répondants partiels	Répondants
Généralistes	1 304	1 215 (93,2 %)	1 088 (83,4 %)
Ophtalmologues	1 303	1 212 (93 %)	1 008 (77,4 %)
Pédiatres	1 248	1 152 (92,3 %)	990 (79,3 %)
Ensemble	3 855	3 579 (92,8 %)	3 086 (80,1 %)

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les 1 304 généralistes appelés, 1 088 soit 83,4 % ont été joints par les trois patients. 127 (1 215 - 1 088) généralistes sont des répondants partiels : ils ont été joints par un ou deux patients. Enfin, 89 (1 304 - 1 215) généralistes n'ont été joints par aucun patient.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Caractéristiques des médecins répondants et non-répondants

Bien que la proportion de répondants soit satisfaisante (80,1 % des praticiens ont été joints par trois patients dans l'ensemble), il convient de vérifier que les caractéristiques objectives des médecins répondants et non-répondants sont similaires en moyenne. Si ces populations étaient très différentes, les estimations pourraient en être biaisées. Les tableaux 4.4, 4.5 et 4.6 présentent les caractéristiques des praticiens de chaque spécialité pour trois populations de praticiens : celle où la non-réponse est totale (deuxième colonne), celle où la non-réponse est partielle (troisième colonne) et celle où la réponse est totale (les trois patients ont joint le praticien, quatrième colonne). Les deux dernières colonnes de chaque tableau présentent respectivement le nombre de médecins échantillonnés et le résultat d'un test d'équilibre (*p-value*) permettant de rejeter l'hypothèse selon laquelle ces populations sont différentes lorsque cette valeur est supérieure à 0,005.

Dans l'ensemble, les caractéristiques des trois populations précédemment décrites sont très similaires. Par ailleurs, les comparaisons portent sur des groupes de

2. Comme nous ne connaissions pas l'ampleur de la non-réponse, nous avons sur-échantillonné le nombre de praticiens à appeler, cf. la sous-section 3.1.2.2.

tailles très différentes (7 à 8 % des praticiens étant non-répondants, soit 89 à 96 médecins selon les spécialités, contre plus de 1 000 répondants totaux). Parmi les différences significatives, on remarque une proportion de praticiens en secteur 2 plus importante parmi les non-répondants que parmi les répondants chez les généralistes (mais cette caractéristique concerne en réalité très peu de praticiens compte tenu du très faible nombre de praticiens en secteur 2 échantillonnés : 88 au total). La proportion de praticiens équipés de l'équipement Sesam-Vitale est plus importante parmi les répondants que parmi les non-répondants totaux ou partiels dans l'ensemble des spécialités. Là encore, ce chiffre est à mettre en regard de la forte proportion de praticiens équipés de cette installation dans toutes les spécialités (environ 94 % toutes spécialités confondues).

TABLEAU 4.4 – Caractéristiques des généralistes répondants et non répondants

	Non-répondant	Répondant partiel	Répondant total	Total	*p-value*
	0 (N=89)	(N=127)	(N=1088)	(N=1304)	
Activité libérale					0,512
Non	2 (2,2 %)	6 (4,7 %)	54 (5,0 %)	62 (4,8 %)	
Oui	87 (97,8 %)	121 (95,3 %)	1034 (95,0 %)	1242 (95,2 %)	
Secteur					< 0,001
1	73 (82,0 %)	117 (92,1 %)	1026 (94,3 %)	1216 (93,3 %)	
2	16 (18,0 %)	10 (7,9 %)	62 (5,7 %)	88 (6,7 %)	
Carte Vitale					< 0,001
Non	30 (33,7 %)	12 (9,4 %)	45 (4,1 %)	87 (6,7 %)	
Oui	59 (66,3 %)	115 (90,6 %)	1043 (95,9 %)	1217 (93,3 %)	
Genre praticien					0,256
Femme	29 (32,6 %)	47 (37,0 %)	443 (40,7 %)	519 (39,8 %)	
Homme	60 (67,4 %)	80 (63,0 %)	645 (59,3 %)	785 (60,2 %)	
Cabinet partagé					0,004
Non	82 (92,1 %)	116 (91,3 %)	900 (82,7 %)	1098 (84,2 %)	
Oui	7 (7,9 %)	11 (8,7 %)	188 (17,3 %)	206 (15,8 %)	

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les 1 216 généralistes de secteur 1 appelés, 1 026 ont été joints par les trois patients, 117 ont été joints par un ou deux patients et 73 n'ont été joints par aucun patient. 93,3 % des généralistes appelés sont de secteur 1, contre 94,3 % des généralistes répondants totaux, 92,1 % des généralistes répondants partiels et 82 % des généralistes non-répondants.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU 4.5 – Caractéristiques des ophtalmologues répondants et non répondants

	Non-répondant	Répondant partiel	Répondant total	Total	*p-value*
	0 (N=91)	(N=204)	(N=1008)	(N=1303)	
Activité libérale					0,293
Non	7 (7,7 %)	17 (8,3 %)	114 (11,3 %)	138 (10,6 %)	
Oui	84 (92,3 %)	187 (91,7 %)	894 (88,7 %)	1165 (89,4 %)	
Secteur					0,066
1	46 (50,5 %)	79 (38,7 %)	384 (38,1 %)	509 (39,1 %)	
2	45 (49,5 %)	125 (61,3 %)	624 (61,9 %)	794 (60,9 %)	
Carte Vitale					< 0,001
Non	18 (19,8 %)	14 (6,9 %)	60 (6,0 %)	92 (7,1 %)	
Oui	73 (80,2 %)	190 (93,1 %)	948 (94,0 %)	1211 (92,9 %)	
Genre praticien					0,469
Femme	42 (46,2 %)	81 (39,7 %)	399 (39,6 %)	522 (40,1 %)	
Homme	49 (53,8 %)	123 (60,3 %)	609 (60,4 %)	781 (59,9 %)	
Cabinet partagé					0,529
Non	78 (85,7 %)	174 (85,3 %)	886 (87,9 %)	1138 (87,3 %)	
Oui	13 (14,3 %)	30 (14,7 %)	122 (12,1 %)	165 (12,7 %)	

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les 1 165 ophtalmologues en activité libérale appelés, 894 ont été joints par les trois patients, 187 ont été joints par un ou deux patients et 84 n'ont été joints par aucun patient. 89,4 % des ophtalmologues appelés exercent en activité libérale, contre 88,7 % des ophtalmologues répondants totaux, 91,7 % des ophtalmologues répondants partiels et 92,3 % des ophtalmologues non-répondants.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU 4.6 – Caractéristiques des pédiatres répondants et non répondants

	Non-répondant	Répondant partiel	Répondant total	Total	*p-value*
	0 (N=96)	(N=162)	(N=990)	(N=1248)	
Activité libérale					0,963
Non	16 (16,7 %)	29 (17,9 %)	170 (17,2 %)	215 (17,2 %)	
Oui	80 (83,3 %)	133 (82,1 %)	820 (82,8 %)	1033 (82,8 %)	
Secteur					0,085
1	63 (65,6 %)	94 (58,0 %)	538 (54,3 %)	695 (55,7 %)	
2	33 (34,4 %)	68 (42,0 %)	452 (45,7 %)	553 (44,3 %)	
Carte Vitale					< 0,001
Non	21 (21,9 %)	16 (9,9 %)	57 (5,8 %)	94 (7,5 %)	
Oui	75 (78,1 %)	146 (90,1 %)	933 (94,2 %)	1154 (92,5 %)	
Genre praticien					0,538
Femme	60 (62,5 %)	108 (66,7 %)	673 (68,0 %)	841 (67,4 %)	
Homme	36 (37,5 %)	54 (33,3 %)	317 (32,0 %)	407 (32,6 %)	
Cabinet partagé					0,432
Non	77 (80,2 %)	124 (76,5 %)	801 (80,9 %)	1002 (80,3 %)	
Oui	19 (19,8 %)	38 (23,5 %)	189 (19,1 %)	246 (19,7 %)	

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les 841 femmes pédiatres appelées, 673 ont été jointes par les trois patients, 108 ont été jointes par un ou deux patients et 60 n'ont été jointes par aucun patient. 67,4 % des pédiatres appelés sont des femmes, contre 68,0 % des pédiatres répondants totaux, 66,7 % des pédiatres répondants partiels et 62,5 % des pédiatres non-répondants.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Les différences entre les groupes de praticiens répondants et non-répondants

sont minimes. Les résultats présentés dans la partie suivante (chapitre 5) ajouteront ces variables issues des données administratives dans les régressions afin de limiter toute source de biais dans l'estimation des paramètres d'intérêt. Par ailleurs, nous avons vérifié à l'aide de modèles probit que les variables ayant permis la construction des strates et l'échantillonnage (sectorisation du médecin, proportion de bénéficiaires de la CSS) n'ont pas d'effet sur la probabilité de répondre d'un praticien (cf. le tableau D1 en annexe).

Caractéristiques des appels effectués

La non-réponse peut avoir des conséquences sur le protocole initialement retenu et les paramètres expérimentaux : nous vérifions dans le tableau 4.7 que les équilibres initiaux sont peu modifiés. Ce tableau présente en effet les caractéristiques des appels aboutis selon le genre de l'enquêteur ainsi que le statut décliné et le script utilisé à chaque appel. Dans les trois spécialités, la proportion d'appels effectués des femmes ou des hommes est similaire en moyenne. De même, la proportion d'appels effectués par un patient bénéficiaire de l'AME lors du premier contact est la même pour toutes les spécialités.

TABLEAU 4.7 – Caractéristiques des appels - tests d'équilibre

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres	Total	*p-value*
	(N=1215)	(N=1212)	(N=1152)	(N=3579)	
Genre enquêteur					0,809
Féminin	592 (48,7 %)	576 (47,5 %)	560 (48,6 %)	1728 (48,3 %)	
Masculin	623 (51,3 %)	636 (52,5 %)	592 (51,4 %)	1851 (51,7 %)	
Statut - premier appel					0,682
Appel considéré comme non abouti	1	8	5	14	
AME	423 (34,8 %)	418 (34,7 %)	388 (33,8 %)	1229 (34,5 %)	
CSS	412 (33,9 %)	383 (31,8 %)	375 (32,7 %)	1170 (32,8 %)	
REF	379 (31,2 %)	403 (33,5 %)	384 (33,5 %)	1166 (32,7 %)	
Statut - deuxième appel					0,477
Appel considéré comme non abouti	43	70	67	180	
AME	405 (34,6 %)	364 (31,9 %)	361 (33,3 %)	1130 (33,2 %)	
CSS	378 (32,3 %)	403 (35,3 %)	353 (32,5 %)	1134 (33,4 %)	
REF	389 (33,2 %)	375 (32,8 %)	371 (34,2 %)	1135 (33,4 %)	
Statut - troisième appel					0,902
Appel considéré comme non abouti	124	194	151	469	
AME	327 (30,0 %)	310 (30,5 %)	307 (30,7 %)	944 (30,4 %)	
CSS	370 (33,9 %)	355 (34,9 %)	353 (35,3 %)	1078 (34,7 %)	
REF	394 (36,1 %)	353 (34,7 %)	341 (34,1 %)	1088 (35,0 %)	
Script utilisé - premier appel					0,212
Appel considéré comme non abouti	1	8	5	14	
Script 1	435 (35,8 %)	381 (31,6 %)	381 (33,2 %)	1197 (33,6 %)	
Script 2	391 (32,2 %)	402 (33,4 %)	393 (34,3 %)	1186 (33,3 %)	
Script 3	388 (32,0 %)	421 (35,0 %)	373 (32,5 %)	1182 (33,2 %)	
Script utilisé - deuxième appel					0,816
Appel considéré comme non abouti	43	70	67	180	
Script 1	396 (33,8 %)	386 (33,8 %)	351 (32,4 %)	1133 (33,3 %)	
Script 2	397 (33,9 %)	379 (33,2 %)	358 (33,0 %)	1134 (33,4 %)	
Script 3	379 (32,3 %)	377 (33,0 %)	376 (34,7 %)	1132 (33,3 %)	
Script utilisé - troisième appel					0,226
Appel considéré comme non abouti	124	194	151	469	
Script 1	331 (30,3 %)	352 (34,6 %)	342 (34,2 %)	1025 (33,0 %)	
Script 2	373 (34,2 %)	338 (33,2 %)	329 (32,9 %)	1040 (33,4 %)	
Script 3	387 (35,5 %)	328 (32,2 %)	330 (33,0 %)	1045 (33,6 %)	

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : lors du premier appel, 34,8 % des généralistes ont été appelés par un patient AME, 33,9 % par un patient CSS et 31,2 % par un patient de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Chapitre 5

Résultats

Ce chapitre présente les résultats du *testing*, sur la base du nombre de rendez-vous proposés rapporté au nombre de demandes effectuées auprès des médecins de l'échantillon, soit le taux d'obtention d'un rendez-vous, et sur la base des délais entre les dates d'appels et celles des rendez-vous proposés, soit le délai d'obtention d'un rendez-vous. L'objectif est de déterminer si ces indicateurs diffèrent selon le bénéfice d'une prestation, en l'occurrence de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'État, en comparaison d'un patient ne bénéficiant d'aucune aide. Nous étudions également l'effet du genre et l'interaction du genre avec le bénéfice d'une aide sur l'accès aux soins.

Nous présentons dans la section 5.1 des résultats portant uniquement sur le champ des patients de référence qui ne bénéficient d'aucune aide. Nous montrons ensuite que les pratiques potentiellement discriminatoires à l'égard des patients avec une aide sont concentrées chez une minorité de praticiens (section 5.2). La section 5.4 présente nos résultats principaux et met en évidence une discrimination à l'égard des patients et des patientes bénéficiaires de l'AME seulement ; les différences entre les patients bénéficiaires de la CSS et les patients de référence étant indiscernables du point de vue statistique. La section 5.5 présente l'hétérogénéité des résultats selon la spécialité du praticien, son secteur d'activité et son genre.

Dans la dernière partie, nous revenons sur les motifs les plus couramment adressés aux patients pour leur refuser un rendez-vous (section 5.6).

5.1 Un accès aux soins difficile pour les nouveaux patients

5.1.1 Moins d'un appel sur deux conduit à une proposition de rendez-vous, toutes spécialités confondues

La prise de rendez-vous par téléphone est laborieuse

La campagne téléphonique a duré pendant près de sept mois, de mars à septembre 2022, dans un contexte toujours marqué par la pandémie de Covid-19. Le tableau 5.1 présente le nombre d'appels effectués (colonne « Nb. tentatives »), ainsi que le nombre d'appels hors faux numéros (colonne « Nb. valides ») et ceux ayant conduit à un contact avec le cabinet médical (colonne « Nb. aboutis ») durant la période. Dans l'ensemble, un peu plus de 34 000 tentatives d'appels ont été effectuées. En moyenne, le taux de faux numéros est de 7 % et varie légèrement entre les spécialités (il est plus faible chez les ophtalmologues). La proportion d'appels aboutis diffère selon les spécialités testées : 36,4 % des appels valides conduisent à un contact parmi les généralistes, ce qui est le cas de 28,8 % et 30,5 % des appels vers les ophtalmologues et les pédiatres respectivement. Le nombre de praticiens joints s'élève à 92,8 % pour l'ensemble des spécialités (cf. le tableau 4.3).

TABLEAU 5.1 – Tentatives d'appels et appels aboutis par spécialité

	Nb. tentatives	Nb. valides	Nb. aboutis	Appels aboutis (%)	Nb. appels moyens	Secrétariat (%)
Généralistes	10 425	9 563	3 477	36,4	3	65,1
Ophtalmologues	12 349	11 689	3 364	28,8	4	84,6
Pédiatres	11 625	10 613	3 233	30,5	4	71
Ensemble	34 399	31 865	10 074	31,6	4	73,6

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les 10 425 tentatives d'appels vers des généralistes, 3 477 appels ont conduit à un contact, soit 36,4 % des appels valides. En moyenne, un patient ou une patiente doit appeler 3 fois pour avoir un contact avec un généraliste. Lorsque l'appel aboutit, le patient ou la patiente a eu contact avec le secrétariat du généraliste dans 65,1 % des cas.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

De manière générale, la prise de rendez-vous par téléphone est difficile pour tous les patients. Les lignes téléphoniques des praticiens semblent régulièrement

surchargées malgré la présence attestée d'un secrétariat dans près de trois quarts des cabinets contactés (colonne « Secrétariat (%) »). En moyenne, quatre appels ont été nécessaires pour entrer en contact avec un cabinet médical [1], toutes spécialités confondues (colonne « Nb. appels moyens »). Cette statistique compte par ailleurs les appels ayant abouti vers des répondeurs ou des assistances vocales à la prise de rendez-vous et le nombre d'appels moyens à passer pour parler à un interlocuteur est donc en réalité plus élevé. Il n'est ainsi pas surprenant qu'une grande partie des médecins contactés orientent les patients vers la prise de rendez-vous en ligne (Doctolib principalement ou Maiia de manière plus anecdotique, cf. tableau 5.3).

Un faible taux d'obtention d'un rendez-vous

Nous présentons tout d'abord le taux d'obtention d'un rendez-vous pour les patients et patientes de référence qui constituent notre groupe de contrôle (en comparaison des autres patients, ils n'annoncent au téléphone le bénéfice d'aucune aide à l'accès aux soins), car le rang d'appel d'un praticien est aléatoire. En moyenne, un nouveau patient non bénéficiaire d'aide, qui demande une prise en charge pour un motif sans caractère d'urgence, obtient un rendez-vous dans 52,2 % des cas. C'est le cas de 69,9 % des patients de référence dans l'étude de Challe et al. (2018). Cet écart important s'explique sans doute en partie par des spécialités médicales et des profils de patients et patientes de référence différents de ceux testés ici mais témoigne aussi probablement de difficultés d'accès aux soins croissantes depuis 2019.

1. En outre, le nombre d'appels nécessaires à effectuer pour avoir une personne au téléphone augmente légèrement avec le rang d'appel de l'enquêteur.

TABLEAU 5.2 – Taux d'accès aux soins des patients de référence, selon la spécialité médicale

	Rendez-vous obtenus (%)
Généralistes	44,1
Ophtalmologues	68,3
Pédiatres	44,2
Ensemble	52,2

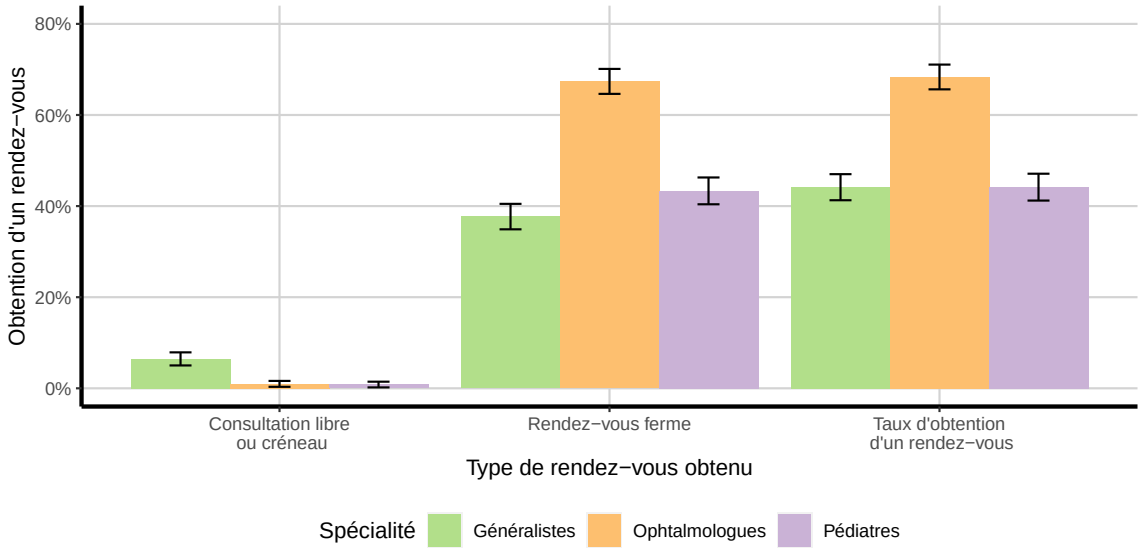
Champ : ensemble des appels effectués par les patients de référence pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les généralistes appelés, 44,1 % proposent un rendez-vous aux patients et patientes de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Le taux d'obtention d'un rendez-vous varie selon la spécialité du praticien sans que cette variabilité ne semble liée à la densité médicale propre à la spécialité : parmi les généralistes et les pédiatres appelés, moins de la moitié proposent un rendez-vous au patient sans aide (respectivement 44,1 % et 44,2 %) contre 68,3 % des ophtalmologues. Les rendez-vous sont majoritairement donnés à jour et heure fixes (cf. les colonnes « Consultation libre ou créneau » et « Rendez-vous ferme » du graphique 5.1). Les généralistes utilisent tout de même six fois plus un système de créneaux (ou consultation libre) que les autres professions étudiées (6,5 % des rendez-vous contre moins de 1 % pour les autres spécialités).

5.1.2 Un praticien ne prend « pas de nouveaux patients » dans près d'un cas sur deux

Ne pas prendre de nouveaux patients est la raison la plus couramment invoquée par les professionnels de santé pour expliquer le refus de donner un rendez-vous à un ou à une patiente de référence (45 % des raisons invoquées, toutes spécialités confondues). Ce motif est plus fréquemment cité par les généralistes, qui l'évoquent dans 58,7 % des refus, contre 44,7 % chez les pédiatres et 31,3 % chez les ophtalmologues. Les ophtalmologues l'invoquent beaucoup moins sans doute en raison de l'amplitude temporelle utilisée pour les rendez-vous comme le montre le tableau

GRAPHIQUE 5.1 – Taux d'obtention d'un rendez-vous des patients de référence, par spécialité



Champ : ensemble des appels effectués par les patients de référence pendant la durée du *testing*.
Lecture : 44,1 % des appels aboutis effectués par des patients et patientes de référence à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous, dont 37,6 % en créneau fixe et 6,5 % en consultation libre.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

5.4. Pour cette spécialité, la saturation des calendriers s'observe au niveau des délais de rendez-vous. Les médecins généralistes refusent à la fois les nouveaux patients en tant que futur médecin traitant et les patients occasionnels qui demandent une prise en charge ponctuelle [2]. Ce résultat rejoint les conclusions observées à partir de la dernière vague du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale ayant eu lieu en 2018 et 2019 [3] : 53 % des médecins généralistes interrogés affirment refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant. L'étude confirme donc que le contexte actuel est celui d'un accès aux soins difficile, dans lequel de nombreux patients se voient refuser des rendez-vous par des praticiens dont les plannings sont pleins, ou proposer des rendez-vous à des

2. Les enquêteurs et les enquêtrices ayant obtenu un rendez-vous ont par ailleurs rapporté de nombreux cas où les médecins généralistes précisaient donner un rendez-vous pour « cette fois seulement ».

3. Cette dernière vague a été menée en France, hors Mayotte, par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les unions régionales des professions de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) et Pays de la Loire, auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, installés au 1er janvier 2018, ayant au moins 200 patients dont ils sont le médecin traitant et sans mode d'exercice particulier exclusif (comme homéopathe ou acupuncteur).

dates éloignées, sans que cela soit lié à des motifs discriminatoires.

Le deuxième motif de refus le plus courant chez les médecins généralistes est le fait que la pathologie décrite par la ou le patient ne peut pas être gérée par le praticien du fait de sa spécialisation : nombreux sont ceux en effet à se déclarer spécialisé dans un domaine [4] (près de 11 % des motifs de refus). Là encore, ce résultat rejoint ceux observés à partir du Panel précité où 29 % des médecins généralistes déclarent se spécialiser dans certains domaines de la médecine en raison de l'évolution de l'offre de soins sur leur territoire. Ce motif correspondant respectivement au quatrième et au troisième motif le plus fréquemment invoqué parmi les ophtalmologues et les pédiatres.

TABLEAU 5.3 – Motifs de refus pour les patients de référence

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	410 (58,7 %)	127 (31,3 %)	310 (44,7 %)
Pathologie non gérée	74 (10,6 %)	54 (13,3 %)	88 (12,7 %)
Doctolib uniquement	59 (8,5 %)	77 (19 %)	112 (16,2 %)
Pas de place définitivement	55 (7,9 %)	55 (13,5 %)	59 (8,5 %)
Pas de place temporairement	34 (4,9 %)	48 (11,8 %)	74 (10,7 %)
Retraite	27 (3,9 %)	33 (8,1 %)	24 (3,5 %)
Autre motif	20 (2,9 %)	7 (1,7 %)	23 (3,3 %)
Localisation	18 (2,6 %)	1 (0,2 %)	2 (0,3 %)
Dépassement honoraires	1 (0,1 %)	3 (0,7 %)	0 (0 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	1 (0,2 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,1 %)
Nombre de refus	649	358	612
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,1
Nombre de réponses	698 (100 %)	406 (100 %)	693 (100 %)

Champ : ensemble des appels effectués par les patients de référence pendant la durée du *testing*.
Lecture : 44,1 % des appels aboutis effectués par des patients et patientes de référence à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous, dont 37,6 % en créneau fixe et 6,5 % en consultation libre.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

De nombreux praticiens, notamment parmi les ophtalmologues et les pédiatres, renvoient à un outil de gestion des rendez-vous en ligne, comme Doctolib ou Maiia. Ce sont des praticiens qui conservent tout de même une ligne téléphonique, ou parfois un répondeur automatique, ce qui est cohérent avec le fait que les outils

4. Acupuncture, nutrition, prise en charge de patients plus ou moins âgés, ou de nourrissons seulement notamment chez les pédiatres, etc.

numériques semblent rarement utilisés seuls par les praticiens (voir Bergeat et al. (2022)). Ces cas sont ici codés comme des refus car le patient fictif a été renvoyé vers l'outil en ligne et ne s'est pas vu proposer un rendez-vous au téléphone, mais il aurait été intéressant de poursuivre le test en essayant de prendre rendez-vous en ligne [5]. Ces cas concernent près d'un motif de refus sur cinq chez les ophtalmologues qui sont aussi les plus nombreux à invoquer un manque de place temporairement ou définitivement (un quart des refus exprimés contre un sur cinq et un peu plus d'un sur dix chez les pédiatres et les généralistes).

5.1.3 De longs délais d'attente de prises de rendez-vous

Le tableau 5.4 présente les délais d'attente, correspondant au nombre de jours entre la date de l'appel et celle du rendez-vous proposé, conditionnellement au fait que le patient a obtenu un rendez-vous pendant l'appel. Les statistiques sont désagrégées par spécialité car les délais varient beaucoup d'une spécialité à l'autre. Si les ophtalmologues sont ceux qui proposent en moyenne le plus de rendez-vous, la moitié des rendez-vous sont proposés 38 jours après l'appel (colonne « Médiane »). Il n'est par ailleurs pas rare d'attendre au moins près de trois mois pour obtenir un rendez-vous : dans un quart des cas, celui-ci est obtenu plus de 79 jours après l'appel. A l'inverse, 50 % des rendez-vous sont donnés avant 4 jours chez les généralistes et à moins de deux semaines de l'appel chez les pédiatres.

Nos résultats semblent ainsi suggérer une hausse des difficultés dans l'accès aux soins chez les généralistes : en 2018, Millien et al. (2018) montraient en effet que le délai médian dans l'obtention d'un rendez-vous était de 2 jours (et le délai moyen de 6 jours, contre 8 jours pour les patients de référence d'après les résultats de notre étude). En revanche, les conditions d'accès aux soins chez les ophtalmologues semblent s'être améliorées car l'étude précitée faisait état d'un délai médian

5. Parmi ces refus, sont également inclus ceux où le praticien a dit donner des rendez-vous directement à son cabinet (« sur place ») car ces motifs ont été très peu invoqués.

et moyen de respectivement 52 et 80 jours d'attente chez les ophtalmologues.

Les pratiques des praticiens diffèrent entre les spécialités, l'écart entre le haut (9ème décile) et le bas de la distribution des délais (1er décile) met en évidence une amplitude temporelle plus forte chez les ophtalmologues en lien avec l'importance des refus au motif qu'il n'y a plus de place temporairement ou définitivement : les ophtalmologues semblent soit refuser d'emblée les patients soit leur proposer des rendez-vous à des horizons très lointains.

TABLEAU 5.4 – Délais d'attente en jours - statistiques descriptives - patients de référence

	Min.	D1	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	D9	Max.	D9/D1
Généralistes	0	1	1	4	7,9	8	17,3	250	17,3
Ophtalmologues	0	3	12	38	58,2	79	139	497	46,3
Pédiatres	0	2	5	16	27,8	42	69,6	182	34,8

Champ : ensemble des appels effectués par les patients de référence pendant la durée du *testing*.
Lecture : la moitié des généralistes proposent un rendez-vous dans un délai inférieur ou égal à 4 jours aux patients et patientes de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

5.2 62 % des médecins n'ont pas de pratiques différenciées selon le statut des patients

La partie précédente a mis en évidence des difficultés d'accès aux soins importantes pour des patients sans risque apparent d'encourir un refus de soins. Nous comparons désormais cette population à des populations de patients plus susceptibles de se voir refuser un rendez-vous du fait du bénéfice d'une aide et de leur situation sociale, les bénéficiaires de la CSS, ou à cause de ces deux facteurs, auxquels s'ajoute l'origine supposée : les bénéficiaires de l'AME.

5.2.1 Échantillon retenu

Dans l'ensemble, 3 086 praticiens ont pu être joints par les trois types de patients, patient de référence, patient bénéficiaire de l'AME et patient bénéficiaire de la CSS (tableau 5.5), c'est pourquoi les tableaux qui seront présentés dans la suite de ce chapitre porteront sur le champ de ces praticiens (on parlera parfois à cet effet de « tests complets »). Notons que ces tests comptabilisent des appels vers des répondeurs ou bien des assistances vocales à la prise de rendez-vous. Nous avons choisi de ne pas les écarter de l'analyse car nous nous plaçons dans le cadre de la prise de rendez-vous téléphonique et car il n'a pas été possible de distinguer précisément les répondeurs des assistances vocales. Dans tous les cas, les enquêteurs et enquêtrices ont été invités à noter ce que contenaient ces messages vocaux, notamment si le répondeur ou l'assistance vocale annonçait refuser de nouveaux patients. Ce choix méthodologique a pour conséquence *a priori* de minorer la mesure de la discrimination, les patients ne pouvant pas annoncer le bénéfice d'une aide sur les répondeurs ou via l'assistance vocale. Les tableaux et graphiques présentés dans ce chapitre sont reproduits sur le champ des praticiens appelés par trois patients hors répondeurs ou assistances vocales pour exposer les conséquences de ce choix (cf. annexe E).

TABLEAU 5.5 – Praticiens appelés par 1, 2 ou 3 patients

	Rang 1	Rang 2	**Rang 3**	Ensemble
Généralistes	41	86	**1 088**	1 215
Ophtalmologues	68	136	**1 008**	1 212
Pédiatres	61	101	**990**	1 152
Ensemble	170	323	**3 086**	3 579

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 1 088 généralistes ont été appelés par les trois patients. 86 ont été appelés par deux patients et 41 ont été appelés par un patient uniquement.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Dans l'ensemble, 13,7 % des appels sur le champ des tests complets ont conduit à parler avec le praticien directement : plus d'un généraliste sur cinq répond lui-même au téléphone, contre 15,9 % des pédiatres et seulement 3,1 % des oph-

talmologues. La proportion de secrétariats est logiquement plus faible parmi les généralistes interrogés et plus élevée parmi les pédiatres et les ophtalmologues (respectivement 66,5 %, 71,9 % et 84,6 %). La proportion d'appels ayant conduit à prendre un rendez-vous auprès d'un interlocuteur non identifié ou d'un répondeur est relativement similaire d'une spécialité à l'autre et s'élève à 8,1 % et 4,1 % en moyenne.

TABLEAU 5.6 – Nature du répondant

	Médecins (%)	Secrétaires (%)	Inconnu(e)s (%)	Répondeurs (%)
Généralistes	21,4	66,5	7,9	4,1
Ophtalmologues	3,1	84,6	8,7	3,6
Pédiatres	15,9	71,9	7,6	4,5
Ensemble	13,7	74,2	8,1	4,1

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 66,5 % des appels vers des généralistes sur le champ des tests complets ont conduit à un contact avec un secrétariat.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

5.2.2 Distribution du nombre de rendez-vous donnés par spécialité

Plus d'un tiers des médecins contactés ne propose de rendez-vous à aucun patient (40,1 % des généralistes, 39 % des pédiatres et 21,9 % des ophtalmologues). Un peu plus d'un quart accepte les trois (20,2 % des généralistes, 39,5 % des ophtalmologues, 22,9 % des pédiatres). Ainsi, pour presque deux tiers des praticiens, on n'observe pas de traitement différencié des bénéficiaires de l'AME et de la CSS par rapport aux patients sans aide. Les écarts selon le statut du patient peuvent potentiellement apparaître parmi les 38,8 % des praticiens qui proposent un rendez-vous à seulement un ou deux des patients.

Le tableau 5.7 détaille ces cas. En l'absence de discrimination, s'il s'agissait juste d'une question de disponibilité des créneaux, le premier (respectivement les deux premiers) patients obtiendraient le rendez-vous et les pourcentages de patients de référence, bénéficiant de l'AME et de la CSS devraient être les mêmes parmi les

cas où une seule personne (respectivement deux) obtient un rendez-vous, puisque l'ordre d'appel des trois patients est aléatoire. Si les praticiens discriminaient uniquement les bénéficiaires d'une prestation et pas de l'autre, on observerait plus de cas à deux rendez-vous obtenus que de cas à un seul. Inversement, si les praticiens discriminaient les deux prestations, AME et CSS, on observerait davantage de cas à un seul rendez-vous obtenu.

Les résultats vont dans le sens de la première hypothèse. Toutes spécialités confondues, 21,2 % des praticiens proposent deux rendez-vous : dans plus de la moitié des cas, ces rendez-vous sont obtenus par le patient de référence et le patient bénéficiaire de la CSS, contre moins d'un quart des cas pour les couples CSS + AME ou référence + AME, suggérant ainsi une plus forte discrimination contre les patients bénéficiaires de l'AME par rapport aux bénéficiaires de la CSS.

Dans 17,6 % des cas, un seul patient a obtenu un rendez-vous avec le praticien appelé. Si nous ne constations aucune discrimination, le rendez-vous devrait être obtenu par chaque type de patient dans un tiers des cas. En réalité, le patient de référence l'obtient pour 7,4 % des appels, soit 42 % (7,4 %/17,6 % = 42 %) des cas où seul un patient obtient un rendez-vous. Le patient bénéficiant de la CSS l'obtient dans un tiers des cas environ (6,1 %/17,6 % = 35 %), et le patient bénéficiaire de l'AME dans moins d'un quart des cas (4,1 %/17,6 %= 23 %).

TABLEAU 5.7 – Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité

	Ensemble (%)	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Rendez-vous pour aucun	33,8	40,1	21,9	39
Rendez-vous pour un patient	17,6	20,3	12,6	19,7
REF seulement	7,4	8,5	6,4	7,1
AME seulement	4,1	4,5	2,2	5,8
CSS seulement	6,1	7,3	4	6,9
Rendez-vous pour deux patients	21,2	19,4	26	18,4
REF + AME	4,9	4,3	5,2	5,2
REF + CSS	12,5	10,9	17,2	9,4
CSS + AME	3,9	4,1	3,7	3,8
Rendez-vous pour tous	27,4	20,2	39,5	22,9
Nombre praticiens	3 086	1 088	1 008	990

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 40,1 % des généralistes appelés n'ont donné rendez-vous à aucun des trois patients.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

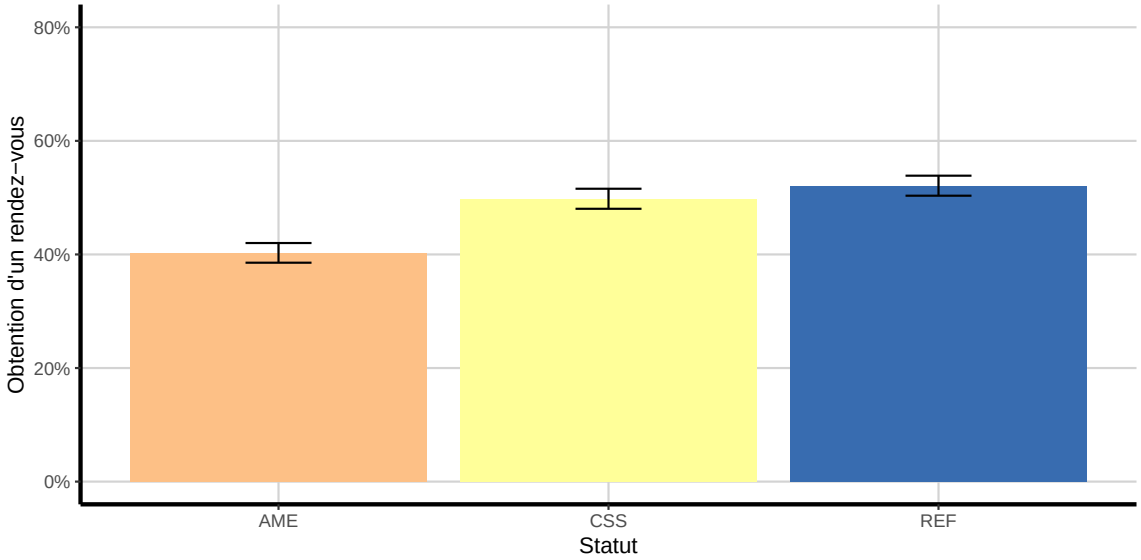
5.2.3 Le taux d'obtention d'un rendez-vous est plus faible pour les bénéficiaires de l'AME

Le graphique 5.2 présente la part des rendez-vous obtenus (que le rendez-vous proposé soit un rendez-vous ferme ou un créneau/une consultation libre) rapportée au nombre d'appels aboutis sur le champ des tests complets. Ce graphique montre un écart net entre le taux d'accès aux soins des patients bénéficiaires de l'AME et celui des autres patients considérés dans l'étude, à la défaveur des premiers, toutes spécialités confondues. En moyenne, les patients et patientes bénéficiaires de l'AME obtiennent un rendez-vous dans 40,3 % des cas contre 49,8 % pour les patients et patientes bénéficiaires de la CSS et 52,1 % pour les patients et patientes de référence. En comparaison d'un patient de référence, un patient bénéficiant de l'AME doit ainsi appeler 1,3 fois plus de médecins pour obtenir un rendez-vous médical qu'un patient sans aide. À l'inverse, aucun écart significatif entre les taux de rendez-vous obtenus par les patients bénéficiaires de la CSS et ceux obtenus par les patients de référence n'est détecté.

Une question connexe était de savoir si les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS étaient plus susceptibles d'être orientés vers un créneau sans rendez-vous. D'après le graphique 5.3, la probabilité d'obtenir un rendez-vous sur un créneau est similaire selon le statut du patient : elle est de l'ordre de 2,3 % pour les bénéficiaires de l'AME et de 2,8 % pour les autres patients. Les créneaux sans rendez-vous sont donc assez peu utilisés pour tous les patients et les praticiens n'utilisent donc pas ce type de rendez-vous pour décourager un profil de patient plus qu'un autre. C'est bien la probabilité d'obtenir un rendez-vous ferme qui est significativement plus faible pour un patient bénéficiant de l'AME que pour les autres patients.

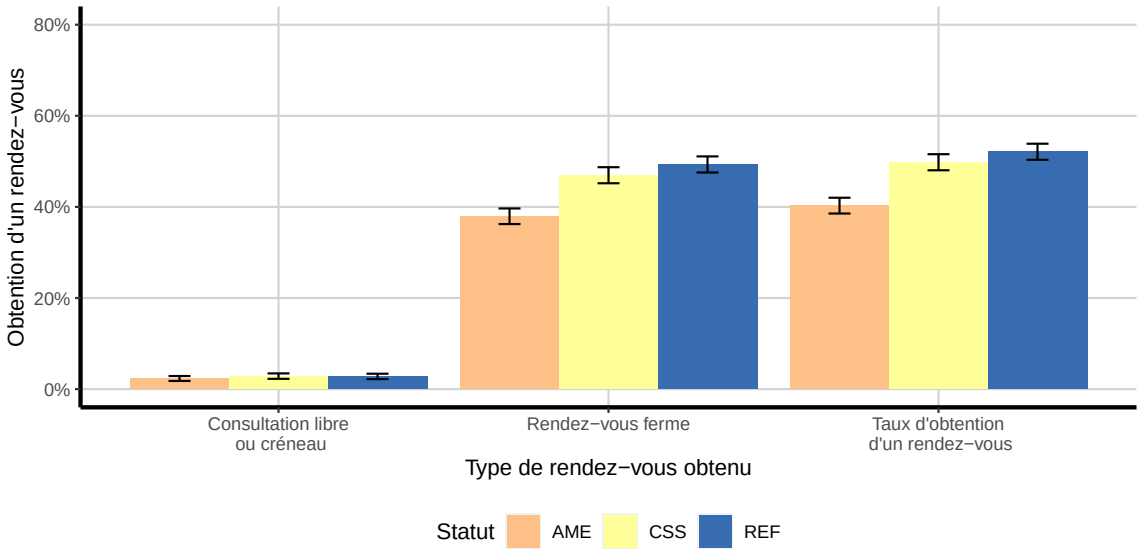
Le graphique 5.4 montre le taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du pa-

GRAPHIQUE 5.2 – Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 40,3 % des appels aboutis effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous, tous types de rendez-vous confondus.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE 5.3 – Type de rendez-vous proposé, par statut

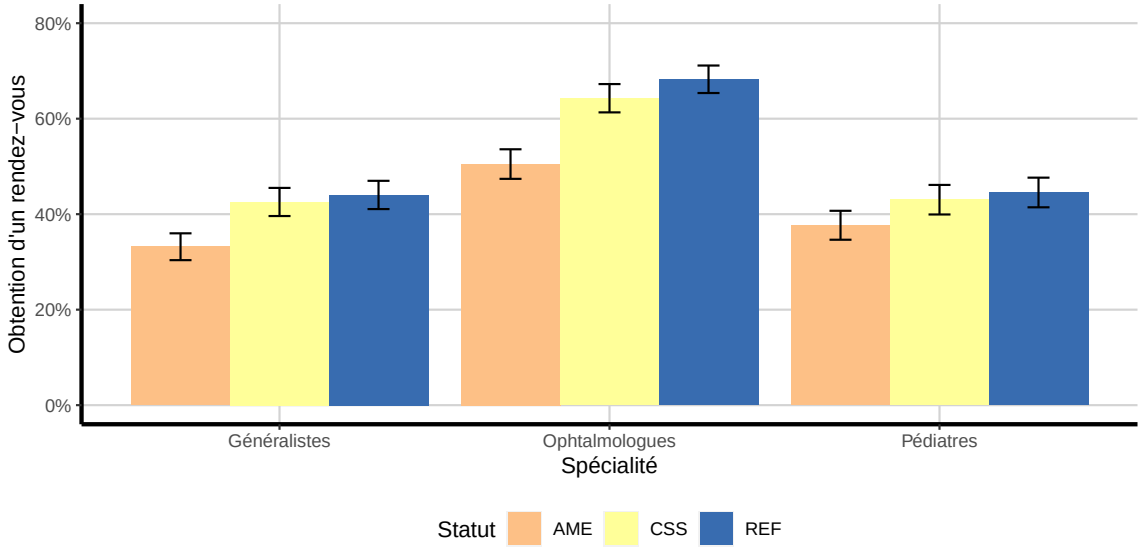


Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 40,3 % des appels aboutis effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous (dont 2,3 % de rendez-vous obtenus sur créneau et 37,9 % de rendez-vous fermes).
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

tient et spécialité du praticien. Les différences de taux de réussite entre le patient bénéficiant de la CSS et le patient de référence ne sont statistiquement significa-

tives dans aucune spécialité. Les patients bénéficiant de l'AME ont en revanche un taux d'obtention d'un rendez-vous significativement plus faible que les patients bénéficiant de la CSS et les patients de référence chez les généralistes et les ophtalmologues. Parmi les demandes de rendez-vous faites à des généralistes, les écarts entre les patients bénéficiant de l'AME sont de l'ordre de 11 et 9 points de pourcentage avec respectivement les patients de référence et les patients bénéficiant de la CSS. On observe une légère variation dans le taux d'obtention d'un rendez-vous chez les pédiatres selon le statut du patient mais cette variation n'est pas significative du point de vue statistique.

GRAPHIQUE 5.4 – Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 33,2 % des appels effectués par des patients bénéficiaires de l'AME sur le champ des tests complets à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

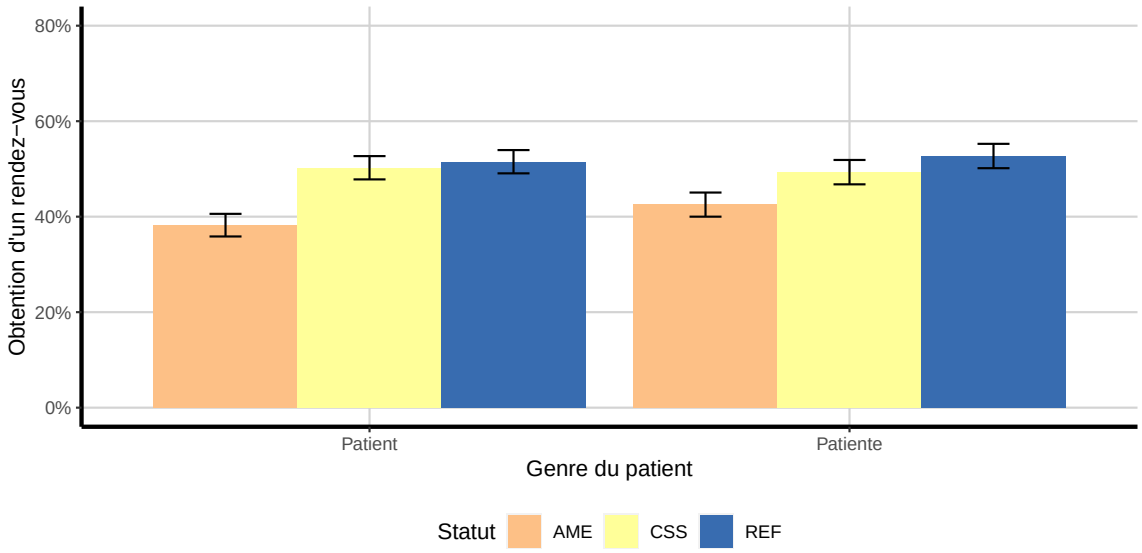
Les ophtalmologues sont à la fois la spécialité où les taux d'obtention d'un rendez-vous sont les plus élevés et celle où les écarts entre les patients de différents statuts sont les plus forts : les patients bénéficiant de l'AME ont 25 % de chances en moins d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue qu'un patient de référence (soit 18 points de pourcentage d'écart entre les deux profils de patients). Les bénéficiaires de l'AME semblent ainsi davantage discriminés par les ophtalmo-

logues mêmes si ces patients obtiennent un rendez-vous dans 50,5 % des cas chez un ophtalmologue, contre 33,2 % chez un généraliste et 37,7 % chez un pédiatre.

5.2.4 Les résultats selon le genre du patient sont plus nuancés et dépendent de la spécialité considérée

Des différences d'obtention de rendez-vous sont aussi constatées selon le genre du patient et dépendent de la spécialité considérée. Quel que soit le genre du patient, les bénéficiaires de l'AME ont moins de chances d'obtenir un rendez-vous que les patients bénéficiaires de la CSS ou de référence, et les bénéficiaires de la CSS obtiennent des rendez-vous dans des proportions comparables à celles des patients de référence (cf. graphique 5.5). L'écart entre les bénéficiaires de l'AME et les patients de référence est similaire, de l'ordre de 19 % pour les patientes et 26 % pour les patients.

GRAPHIQUE 5.5 – Taux d'obtention d'un rendez-vous, selon le genre et le statut du patient

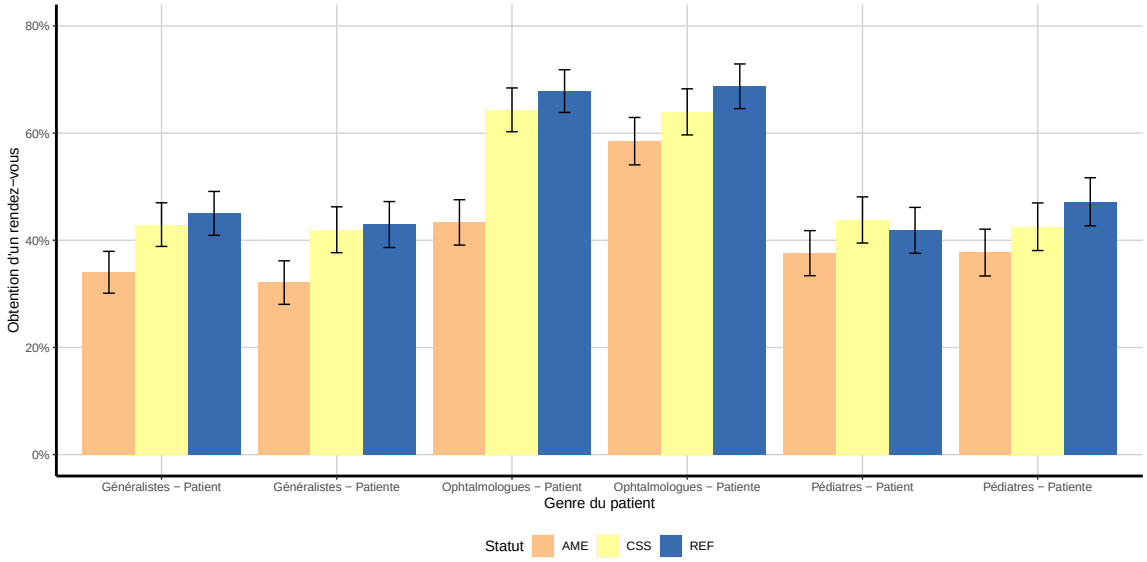


Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 42,6 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Toutefois, il convient de noter que les résultats sont contrastés lorsqu'on dis-

tingue la spécialité médicale (cf. graphique 5.6). Parmi les généralistes, l'effet du bénéfice d'une aide ne diffère pas selon le genre du patient sur le taux d'obtention d'un rendez-vous : à aide donnée, les taux d'obtention de rendez-vous des femmes (32,2 %) et des hommes (34 %) sont similaires.

GRAPHIQUE 5.6 – Taux d'obtention d'un rendez-vous, selon le genre et le statut du patient, par spécialité



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 32,2 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous auprès d'un généraliste.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Chez les ophtalmologues en revanche, les résultats suggèrent un effet croisé du genre et du bénéfice de l'AME : l'écart de taux de rendez-vous entre les femmes bénéficiaires de l'AME et les autres femmes est significatif (10,3 points d'écart) mais se situe bien en-deçà de l'écart observé entre les hommes bénéficiaires de l'AME et les autres hommes (24,6 points d'écart). Les femmes bénéficiaires de l'AME ont ainsi moins de chances d'obtenir un rendez-vous en comparaison des autres femmes mais ont des chances plus élevées d'en obtenir un que les hommes bénéficiaires de l'AME.

Chez les pédiatres, deux « effets » jouent dans des sens opposés : un écart entre les femmes et les hommes[6] parmi les patients de référence (écart qu'on n'ob-

6. C'est le genre du parent qui est pris en compte dans l'analyse (tous les enfants fictifs étant de

serve dans aucune des deux autres spécialités étudiées), et une discrimination des femmes bénéficiaires de l'AME en comparaison des autres femmes. Le taux d'obtention d'un rendez-vous d'un homme de référence est inférieur de 5,5 points à celui d'une femme de référence et l'écart entre un homme bénéficiaire de l'AME et un homme de référence est plus petit, de 4,1 points. Le taux d'obtention d'un rendez-vous des patients bénéficiaires de l'AME (37,6 %) est donc bien plus faible que celui des patients de référence (41,9 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative et cet écart est tiré par un taux déjà faible de rendez-vous accordés aux patients de référence, par rapport à leurs homologues féminines (47,4 %).

Pour toutes les catégories considérées (patientes appelant un généraliste, patients appelant un généraliste, patientes appelant un ophtalmologue, patients appelant un ophtalmologue, patientes appelant un pédiatre), à l'exception des patients appelant un pédiatre, une discrimination à l'encontre des bénéficiaires de l'AME est observée, et, à l'inverse, il n'est pas détecté de discrimination à l'encontre des bénéficiaires de la CSS. La discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME semble donc ne pas dépendre du genre du patient.

genre masculin).

5.3 En cas de rendez-vous obtenus, des différences selon le statut et la spécialité

Les bénéficiaires de l'AME ont significativement moins de chances d'obtenir un rendez-vous en comparaison des autres patients. En cas de rendez-vous obtenu avec un praticien, on se pose désormais les questions suivantes : les délais d'attente pour un rendez-vous sont-ils plus ou moins longs selon le statut du patient ? Comment se comportent les interlocuteurs face aux patients des trois types ?

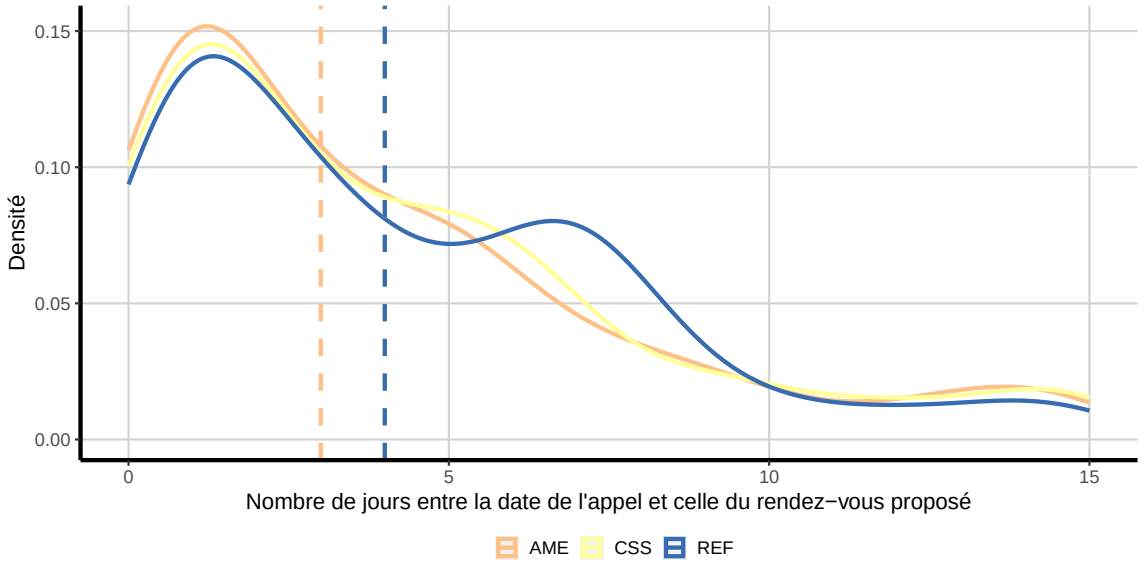
5.3.1 Pour les bénéficiaires de l'AME, des délais d'attente plus longs chez les ophtalmologues et plus courts chez les pédiatres

Les graphiques 5.7, 5.8 et 5.9 présentent les distributions des délais d'attente dans chacune des spécialités concernées pour les trois types de patients. Afin de simplifier la lecture des graphiques et dans la mesure où les cas extrêmes concernent tous les statuts, ces distributions sont tronquées à 90 % des observations pour chaque spécialité (le tableau E28 en annexe présente les statistiques descriptives de ces délais, incluant les valeurs extrêmes).

Chez les généralistes (graphique 5.7), les délais d'attente des patients sont relativement courts et ne diffèrent pas selon le statut des patients : la moitié des rendez-vous est obtenue dans un délai inférieur à trois jours pour les bénéficiaires de l'AME contre quatre jours pour les autres statuts (cf. barres verticales du graphique). La courbe orange, représentant les délais d'attente des bénéficiaires de l'AME, est en effet légèrement plus haute que les autres courbes avant les délais médians, ce qui signifie qu'une part un peu plus importante de généralistes donne un rendez-vous un peu plus tôt à ces patients plutôt qu'aux autres.

Les différences sont plus marquées chez les ophtalmologues (graphique 5.8) :

GRAPHIQUE 5.7 – Délais des rendez-vous proposés par les généralistes, par statut

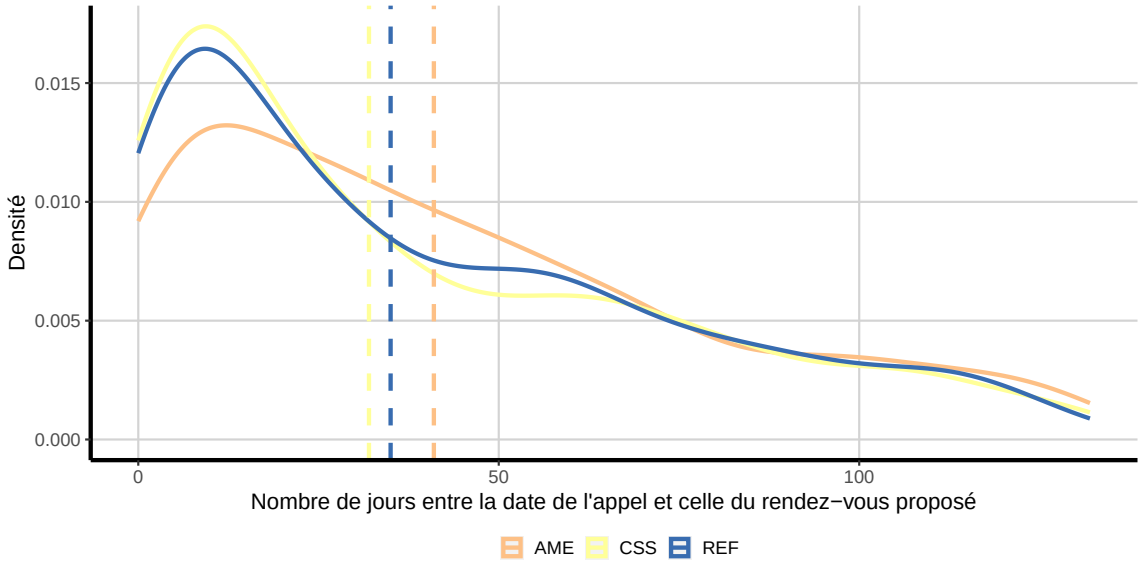


Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 10 % des généralistes donnent un rendez-vous aux patients de référence le jour-même (premier point de la courbe bleue). La médiane (ligne verticale hachurée) pour les patients de référence s'élève à 4 jours.
Note : la médiane pour les bénéficiaires de la CSS est égale à la médiane pour les patients de référence et les deux lignes se superposent.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

plus de praticiens proposent un rendez-vous dans un délai plus court aux patients bénéficiaires de la CSS ou de référence en comparaison des patients bénéficiaires de l'AME. La médiane des délais d'attente est significativement plus élevée pour les bénéficiaires de l'AME que pour les bénéficiaires de la CSS (+ 9 jours) ou les patients de référence (+ 6 jours). Chez les pédiatres au contraire (graphique 5.9), les délais d'attente sont inférieurs pour les bénéficiaires de l'AME en comparaison des autres statuts : 50 % des rendez-vous sont donnés dans un délai inférieur à 13 jours alors que la médiane s'élève à 17 et 16 jours respectivement pour les patients bénéficiaires de la CSS et de référence.

Quand ils donnent des rendez-vous, les ophtalmologues ont ainsi plus tendance à proposer des rendez-vous plus longtemps après l'appel pour les bénéficiaires de l'AME en comparaison des autres spécialités. On observe une tendance contraire (mais de plus faible ampleur) parmi les pédiatres qui proposent des rendez-vous dans des délais plus courts aux bénéficiaires de l'AME qu'aux autres statuts. Ces

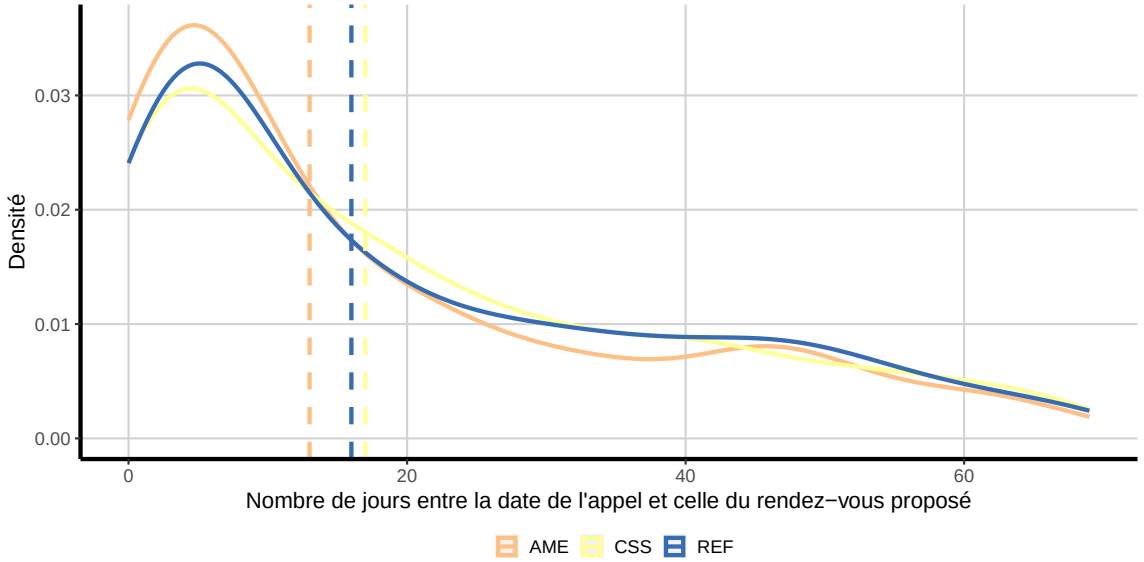
GRAPHIQUE 5.8 – Délais des rendez-vous proposés par les ophtalmologues, par statut



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 12 % des ophtalmologues donnent un rendez-vous aux patients de référence le jour-même (premier point de la courbe bleue). La médiane (ligne verticale hachurée) pour les patients de référence s'élève à 35 jours.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

résultats suggèrent que les refus de soin prennent à la fois la forme d'un refus pur et simple et d'un délai d'attente plus important chez les ophtalmologues (qui sont la spécialité où les écarts de taux d'obtention d'un rendez-vous sont les plus importants) contrairement aux autres spécialités (généralistes notamment). Dans l'ensemble des spécialités étudiées, les délais d'attente sont très proches pour les bénéficiaires de la CSS et pour les patients de référence. Concernant les délais d'attente chez le pédiatre, on peut supposer que certains pédiatres qui acceptent les bénéficiaires de l'AME proposent un rendez-vous plus rapide pour éviter une annulation, ou car ils supposent un besoin de soins plus urgent.

GRAPHIQUE 5.9 – Délais des rendez-vous proposés par les pédiatres, par statut



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : moins de 3 % des pédiatres donnent un rendez-vous aux patients de référence le jour-même (premier point de la courbe bleue). La médiane (ligne verticale hachurée) pour les patients de référence s'élève à 16 jours.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

5.3.2 Plus de précisions demandées aux bénéficiaires de l'AME et une amabilité moindre envers eux

Le taux d'obtention d'un rendez-vous n'est qu'un indicateur imparfait de l'accès aux soins et n'informe en rien sur la qualité de la prise en charge des patients lors d'une consultation. Toutes les étapes ultérieures à la prise de rendez-vous qui peuvent conduire à de la discrimination sont par définition laissées de côté dans ce *testing*. Nous étudions ici comment des indicateurs qualitatifs concernant le ton employé par l'interlocuteur pendant l'appel varient selon le statut du patient. Nous montrons aussi la proportion de rendez-vous obtenus avec un praticien autre que celui appelé.

L'environnement des actes médicaux est au moins aussi important que la qualité de la prestation elle-même pour le patient. Cet environnement commence dès la réception de l'appel qui peut être assurée par un secrétariat ou par le professionnel lui-même. Le personnel du secrétariat exerce sous l'autorité d'un professionnel de

santé dans un cabinet et est souvent l'interface entre les intervenants et le public accueilli quand le professionnel de santé n'exerce pas lui-même cette tâche. La mission d'accueil est essentielle : la qualité relationnelle, le respect de l'éthique et de la déontologie sont primordiaux, toutes les personnes assistant le médecin dans sa pratique étant par ailleurs soumises au secret professionnel (article R.4127-72 du code de déontologie médicale).

TABLEAU 5.8 – Amabilité de l'interlocuteur

	AME (%)	CSS (%)	REF (%)
Ton désagréable	2,6	2	1,5
Ton neutre	70,6	48,8	49
Ton agréable	19,3	40,9	41,3
Tutoiement	0,3	0,5	0,3
Pas de salut fin appel	3,7	2,5	2,2
Ensemble des appels	3 086	3 086	3 086

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 2,6 % des appels passés par les patients et patientes bénéficiaires de l'AME ont été jugés désagréables par les enquêteurs.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Le tableau 5.8 présente les parts d'appels où le ton employé par l'interlocuteur a été jugé désagréable, neutre ou agréable, ainsi que la part d'appels où l'interlocuteur a tutoyé le patient et celle où l'interlocuteur n'a pas dit « au revoir » au patient. Une faible part d'appels a été jugée désagréable par les enquêteurs mais cette part est plus importante parmi les appels passés par les bénéficiaires de l'AME que par les autres (2,6 % contre 2,0 % et 1,5 % respectivement parmi les patients bénéficiant de la CSS ou sans aide). La différence majeure concernant le ton des appels provient des appels dont le ton a été jugé comme agréable par les enquêteurs : la part d'appels agréables est d'environ 41 % pour les patients bénéficiaires de la CSS et de référence mais ne concerne que 19,3 % des appels passés par les patients bénéficiaires de l'AME (soit un écart d'environ 20 points de pourcentage). Les bénéficiaires de l'AME n'ont pas été salués à la fin de l'appel dans 3,7 % des cas, contre 2,5 % et 2,2 % respectivement pour les patients bénéficiaires de la CSS

et de référence. Ces cas incluent quelques appels où l'interlocuteur a raccroché au nez du patient (seuls les bénéficiaires de l'AME ont été concernés par ce manque de respect).

Au-delà du ton et du niveau de politesse de l'appel, nous nous intéressons également au contenu de l'appel. Le tableau 5.9 regroupe des questions ou des précisions apportées aux patients en cas de rendez-vous obtenus qui ont été collectées durant l'appel. Les bénéficiaires de l'AME et de la CSS bénéficient d'une dispense totale d'avance de frais (parts obligatoire et complémentaire) sur présentation d'une attestation de droit à l'AME ou à la CSS (ou sur présentation de la carte Vitale pour les bénéficiaires de la CSS). À la différence des patients bénéficiaires de la CSS cependant, les patients bénéficiaires de l'AME peuvent se voir appliquer des dépassements d'honoraires.

TABLEAU 5.9 – Précisions demandées par l'interlocuteur en cas de rendez-vous

	AME (%)	CSS (%)	REF (%)
Rappel carte vitale ou attestation AME	10,2	8,3	0,7
Planning spécial	5,1	3	2,1
Rendez-vous avec un autre praticien	2,3	1,8	0,1
Précisions CSS	0	5,5	0
Restrictions de soins	0,6	0,1	0,2
Rappel pour confirmation	2,7	0,4	0,3
Annonce dépassement d'honoraires	0,2	0,6	0,6
Annonce pas de tiers payant	0	0,1	0
Ensemble des rendez-vous obtenus	1 243	1 537	1 608

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : dans 10,2 % des appels obtenus, l'interlocuteur a précisé au patient bénéficiant de l'AME de ramener son attestation AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Dans 10,2 % des rendez-vous, l'interlocuteur a demandé au patient bénéficiaire de l'AME de penser à ramener son attestation lors de son rendez-vous (contre 8,3 % des rendez-vous proposés aux patients bénéficiant de la CSS et 0,7 % pour les patients de référence). Cette différence s'explique sans doute par la nature de la télétransmission pratiquée par les professionnels de santé en cas de consultation avec un patient bénéficiaire de l'AME. En l'absence de carte Vitale, les praticiens doivent

en effet utiliser un mode « dégradé » de télétransmission pour réaliser une feuille de soins électronique qui permettra aux patients de bénéficier du tiers payant et au praticien d'être payé. La télétransmission en mode dégradé repose sur la saisie des données du patient par le médecin sur son terminal ; elle doit également s'accompagner d'un envoi postal d'un duplicata papier et d'un bordereau de rattachement. Ceci explique aussi sans doute pourquoi les cabinets appelés ont plus fréquemment demandé aux bénéficiaires de l'AME de rappeler pour confirmer leur rendez-vous qu'aux autres patients.

L'annonce d'un dépassement d'honoraires est très marginale alors même que le médecin doit veiller à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires (articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 du code de la santé publique ; article R.4127-53 du code de déontologie médicale). La proportion de rendez-vous obtenus s'accompagnant d'une précision d'un dépassement d'honoraires est plus importante parmi les bénéficiaires de la CSS alors que les dépassements sont illégaux pour ceux-ci. Si ces patients se sont bien vus proposer un rendez-vous par téléphone, on peut penser que cette pratique vise à décourager la prise de rendez-vous par des bénéficiaires de la CSS authentiques et pourrait être qualifiée comme un refus de soins à l'égard de ces patients.

5.4 Des différences de traitement importantes entre les patients bénéficiaires de l'AME et les autres

Dans cette section, nous présentons des résultats d'estimations économétriques sur la discrimination selon le bénéfice d'une aide pour l'ensemble des spécialités médicales. Les résultats seront ensuite reproduits séparément pour chaque spécialité en raison de la forte variabilité de la probabilité d'obtenir un rendez-vous entre

les spécialités (cf. graphique 5.4).

5.4.1 Effet du statut et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

Le tableau 5.10 présente les résultats d'une régression linéaire dans laquelle on cherche à expliquer le taux d'obtention d'un rendez-vous en fonction des caractéristiques « observables » du patient : le bénéfice d'une aide (lignes « CSS » ou « AME » du tableau) et le genre du patient (ligne « Patiente »). Les patients avec aide sont ainsi comparés au patient sans aide (patient de référence) tandis que les patientes sont comparées aux patients.

Dans le premier modèle (colonne « (1) »), aucune variable de contrôle n'est introduite : en moyenne, le taux d'obtention d'un rendez-vous chez les bénéficiaires de la CSS est de 2,3 points inférieur à celui des patients de référence mais cette différence n'est pas significative. En revanche, le taux d'obtention d'un rendez-vous des patients bénéficiant de l'AME est diminué de 11,8 points de pourcentage en comparaison des patients de référence : cet écart est important et significatif au seuil de 1 %. Le fait de se présenter en tant que femme ne modifie pas la probabilité d'obtenir un rendez-vous (ligne « Patiente ») : l'écart en points de pourcentage par rapport à un patient est en faveur des femmes, mais il est proche de 0 et non significatif.

Dans le deuxième modèle (colonne « (2) »), des variables de contrôle sont introduites dans le but de limiter toute source de biais dans l'estimation des coefficients d'intérêt : elles ont été retenues en fonction de leur effet potentiel sur le taux d'obtention d'un rendez-vous et concernent principalement les caractéristiques des praticiens (spécialité médicale, secteur etc.) et les caractéristiques de l'appel déterminées *ex-ante* par tirage au sort (rang de l'enquêteur, script utilisé pendant l'appel etc.). Vu le protocole de notre *testing*, ces variables ne devraient pas modifier nos

TABLEAU 5.10 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.513***	0.286***	0.287***	0.287***
	(0.010)	(0.047)	(0.048)	(0.053)
CSS	−0.023	−0.007	−0.001	−0.001
	(0.013)	(0.012)	(0.017)	(0.012)
AME	−0.118***	−0.109***	−0.119***	−0.119***
	(0.013)	(0.012)	(0.017)	(0.014)
Patiente	0.016	0.014	0.011	0.011
	(0.010)	(0.010)	(0.017)	(0.017)
CSS x patiente			−0.012	−0.012
			(0.023)	(0.017)
AME x patiente			0.020	0.020
			(0.024)	(0.019)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0.011	0.146	0.146	0.146
Adj. R^2	0.01	0.141	0.141	0.141
N obs.	9 258	9 258	9 258	9 258
N praticiens				3 086

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

résultats, puisque ces variables ne devraient pas être corrélées au genre ou au bénéfice d'une aide. Les variables caractéristiques des praticiens ont pour origine la base de données Améli [7]. Des contrôles géographiques ont aussi été introduits dans les régressions : une variable contrôlant la région d'exercice du praticien et permettant de neutraliser l'effet du lieu géographique et une variable concernant la densité médicale au niveau de la commune permettant de neutraliser l'offre de soins spécifique à chaque zone [8]. Pour chacune des spécifications testées, et quelle que soit la variable dépendante considérée, le coefficient associé à la variable de densité médicale est non significatif, suggérant que la densité médicale n'a pas d'effet sur l'obtention ou non d'un rendez-vous [9]. Une variable contrôlant la durée d'écart entre les appels a également été ajoutée.

L'introduction de variables de contrôles modifie à peine les coefficients associés aux variables d'intérêt : la discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME reste élevée et significative (- 10,9 points de pourcentage), tandis que les bénéficiaires de la CSS sont traitésen moyenne « aussi bien » que les patients sans aide. Les femmes et les hommes ont la même probabilité d'obtenir un rendez-vous chez un praticien.

Le troisième modèle (colonne « (3) ») prend en compte l'interaction potentielle entre le bénéfice d'une aide et le genre du patient : à prestation donnée, la dif-

7. Ces variables ont toutes pour origine la base de données Ameli à partir de laquelle le tirage au sort des praticiens inclus dans l'étude a été effectué : c'est donc une information relative aux praticiens à la date où l'information a été saisie. Ces caractéristiques sont *a priori* très stables dans le temps, le choix du secteur du praticien étant par exemple irrévocable, mais peuvent souffrir d'un problème de déclaration.

8. Le contrôle de la densité médicale a été réalisé en construisant une indicatrice à partir de l'Indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) de 2021 spécifique aux médecins généralistes et pour lequel aucune borne d'âge n'a été introduite. L'APL est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville, permettant de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il estime le nombre de consultations par an et par habitant, au niveau de la commune d'exercice du praticien. Un territoire est considéré comme sous-dense si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant (Legendre, 2020). L'indicatrice a été construite à partir de cette borne et son ajout dans les régressions permet de neutraliser l'effet de la densité médicale sur l'obtention d'un rendez-vous. Trois autres contrôles ont également été testés : un en construisant l'indicatrice de densité médicale à partir de l'APL 2021 des médecins généralistes de moins de 65 ans, un autre en utilisant l'APL 2021 des médecins généralistes de moins de 62 ans et un dernier en utilisant la variable de densité forte/faible de l'Insee.

9. Une étude plus approfondie de l'accès aux soins par région est présentée en annexe (voir section E.2.2).

férence de traitement des patients bénéficiaires d'une aide pourrait dépendre du genre des patients concernés. Cette hypothèse ne semble pas vérifiée d'après nos résultats, car les coefficients des lignes « CSS x patiente » et « AME x patiente » qui mesurent l'effet différencié d'une prestation en fonction du genre sont faibles et non significatifs.

Dans le dernier modèle (colonne « (4) »), les erreurs-types des coefficients sont groupées au niveau de chaque praticien pour tenir compte de la corrélation potentielle entre les réponses données par un même praticien (lorsqu'un ou une patiente se voit proposer un rendez-vous, il est fréquent que les autres patients ou patientes en obtiennent un aussi avec le même cabinet). Dans l'ensemble des modèles présentés, les erreurs-types sont robustes [10] et faibles, suggérant que les coefficients calculés sont proches de la droite de régression ; dans le dernier modèle, les erreurs-types prennent en outre en compte une correction additionnelle des coefficients.

De manière générale, les résultats sont très proches quel que soit le modèle utilisé [11].

5.4.2 Effet du statut et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

On se place ici dans le cadre des patients ayant obtenu une proposition de rendez-vous ferme et on souhaite vérifier si les délais proposés diffèrent selon le statut du patient et/ou son genre. Mécaniquement, cette approche a pour conséquence de diviser par plus de deux la taille de notre échantillon : tous statuts et

10. On a calculé des erreurs-types robustes dans l'ensemble des modèles car les variances résiduelles sont potentiellement hétéroscédastiques.

11. D'autres spécifications ont été mises en œuvre pour mesurer l'effet des prestations sur la probabilité d'obtenir un rendez-vous : ces spécifications confirment la robustesse des résultats présentés ici. La première spécification utilise un modèle non-linéaire (probit, cf. tableau E31), la deuxième met en œuvre un modèle linéaire avec un effet fixe praticien (tableau E32). Ils indiquent une forte pénalité liée au bénéfice de l'AME de l'ordre de 10 points de pourcentage d'après le dernier modèle utilisé (environ $-0.119 + (0.020)/2$). Aucun modèle ne suggère de pénalité liée au bénéfice de la CSS sur l'obtention d'un rendez-vous.

TABLEAU 5.11 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	2.717***	1.163***	1.187***	1.187**
	(0.041)	(0.303)	(0.301)	(0.324)
CSS	−0.033	−0.037	−0.035	−0.035
	(0.051)	(0.042)	(0.058)	(0.044)
AME	0.002	0.001	−0.094	−0.094
	(0.055)	(0.046)	(0.064)	(0.055)
Patiente	0.016	−0.054	−0.106	−0.106
	(0.044)	(0.037)	(0.059)	(0.059)
CSS x patiente			−0.005	−0.005
			(0.085)	(0.064)
AME x patiente			0.192*	0.192*
			(0.091)	(0.075)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0	0.337	0.338	0.338
Adj. R^2	−0.001	0.329	0.33	0.33
N obs.	4 142	4 142	4 142	4 142
N praticiens				1 964

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

toutes spécialités confondus, le taux de proposition de rendez-vous à date et heure donnés s'élève en effet à 44,7 % sur le champ des tests complets.

Le tableau 5.11 utilise le logarithme du temps d'attente en jours comme variable dépendante [12] en reprenant exactement les mêmes spécifications que celles utilisées dans le tableau 5.10. Les coefficients des variables relatives au bénéfice d'une aide ou au genre féminin sont tous non significatifs. Dans les modèles (3) et (4), des interactions entre le bénéfice d'une aide et du genre du patient sont introduites. Dans la dernière spécification, seul le coefficient « AME x patiente » est positif et significatif au seuil de 10 %, ce qui suggère que les femmes bénéficiaires AME obtiennent des rendez-vous dans des délais plus longs que les femmes non bénéficiaires d'aide.

5.5 Une discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME transversale à toutes les spécialités et tous les secteurs d'activité

Dans cette section, nous présentons les résultats en les décomposant selon la spécialité et le secteur d'activité du praticien : les patients et les patientes ont-ils autant de chance d'obtenir un rendez-vous chez un généraliste, un ophtalmologue ou un pédiatre ? Qu'en est-il de l'effet du secteur sur les taux d'obtention de rendez-vous des différents profils de patients et de patientes ?

12. Nous utilisons le logarithme en raison de la distribution de la variable « délais d'attente » décalée à gauche de la médiane et présentant une queue de distribution étalée vers la droite. Nous considérons que les patients ayant un rendez-vous le jour même ont un délai d'attente égal à un jour.

5.5.1 Hétérogénéité selon la spécialité médicale

5.5.1.1 Effet sur l'obtention d'un rendez-vous

Le tableau 5.12 présente les résultats de quatre modèles de régression reprenant la spécification utilisée dans le dernier modèle des tableaux précédents (cf. colonne (4) des tableaux 5.10 et 5.11). Dans le premier modèle (« Toutes spécialités »), nous cherchons à expliquer le taux d'obtention d'un rendez-vous selon la spécialité du praticien et nous étudions l'hypothèse selon laquelle le taux d'obtention varie en fonction de l'effet croisé du bénéfice d'une prestation et de la spécialité du praticien (lignes « prestations x spécialité »). Les colonnes qui suivent présentent les résultats d'un modèle similaire appliqué aux praticiens de chaque spécialité. Dans ces modèles, les contrôles sont estimés séparément pour chaque spécialité. Par exemple, l'effet du timing de la prise de rendez-vous peut varier entre généralistes et ophtalmologues.

On constate que la discrimination à l'égard des patients bénéficiaires de l'AME est transversale à toutes les spécialités étudiées tandis qu'on n'observe pas de discrimination contre les bénéficiaires de la CSS, dans aucune spécialité. L'ampleur de la discrimination des patients bénéficiant de l'AME est trois fois plus importante en ophtalmologie qu'en pédiatrie : toutes choses égales par ailleurs, l'écart entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est de 16,2 points de pourcentage chez un ophtalmologue contre 6,0 points de pourcentage chez un pédiatre. La discrimination est également élevée chez les généralistes où les patients bénéficiant de l'AME ont un taux d'obtention de rendez-vous inférieur à 9,9 points de pourcentage à celui des patients de référence. Une patiente, quel que soit son statut (bénéficiaire ou non d'une aide), a également une probabilité plus importante qu'un patient d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologue (+ 5,0 points de pourcentage). Dans les autres spécialités, on n'observe pas de différence selon le genre du patient.

TABLEAU 5.12 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	0.001	−0.005	−0.023	0.006
	(0.015)	(0.016)	(0.014)	(0.016)
AME	−0.103***	−0.099***	−0.162***	−0.060***
	(0.016)	(0.017)	(0.017)	(0.018)
Patiente	0.014	−0.026	0.050*	0.018
	(0.013)	(0.022)	(0.022)	(0.025)
Ophtalmologues	0.254***			
	(0.022)			
Pédiatres	0.018			
	(0.023)			
CSS x ophtalmologues	−0.022			
	(0.020)			
AME x ophtalmologues	−0.059**			
	(0.023)			
CSS x pédiatres	−0.000			
	(0.021)			
AME x pédiatres	0.039			
	(0.023)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.147	0.121	0.219	0.099
Adj. R^2	0.142	0.108	0.206	0.084
N obs.	9 258	3 264	3 024	2 970
N praticiens	3 086	1 088	1 008	990

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU 5.13 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous, régressions séparées selon le genre du patient

	Généralistes		Ophtalmologues		Pédiatres	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	0.009	−0.013	−0.035	−0.015	−0.039	0.043
	(0.023)	(0.022)	(0.019)	(0.020)	(0.025)	(0.022)
AME	−0.120***	−0.093***	−0.099***	−0.219***	−0.089**	−0.034
	(0.026)	(0.024)	(0.025)	(0.025)	(0.027)	(0.025)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.123	0.151	0.25	0.242	0.134	0.114
Adj. R^2	0.095	0.127	0.224	0.219	0.104	0.086
N obs.	1 545	1 719	1 440	1 584	1 437	1 533
N praticiens	515	573	480	528	479	511

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

Le tableau 5.13 présente des résultats complémentaires permettant d'étudier séparément le bénéfice d'une aide selon le genre du patient pour chaque spécialité appelée. Pour chaque spécialité, l'échantillon a été divisé selon que le praticien ait été appelé par des patientes ou des patients. Rappelons que le choix d'appeler un praticien avec un triplet de patientes ou de patients est déterminé *ex-ante* tout comme les autres paramètres de randomisation (ordre dans lequel les différents statuts appellent, choix des scripts utilisés etc.). Chaque colonne présente les résultats d'une régression sur un sous-groupe d'observations déterminé par la spécialité du praticien appelé et le genre du triplet de patients.

Parmi les généralistes, le genre du patient ne semble pas interagir avec le bénéfice d'une aide : à aide donnée, les taux d'obtention de rendez-vous des femmes et des hommes sont assez similaires. On remarque cependant un écart légèrement plus important entre patientes bénéficiaires de l'AME et patientes de référence qu'entre patients bénéficiaires de l'AME et patients de référence.

Les résultats suggèrent un effet croisé du genre et du bénéfice de l'AME chez les ophtalmologues : l'écart de taux de rendez-vous entre les femmes bénéficiaires de l'AME et les autres femmes est important et significatif mais se situe bien en-deçà de l'écart observé entre les hommes bénéficiaires de l'AME et les autres hommes. Les femmes bénéficiaires de l'AME ont ainsi moins de chances d'obtenir un rendez-vous en comparaison des autres femmes mais ont des chances plus élevées d'en obtenir un que les hommes bénéficiaires de l'AME.

Chez les pédiatres, on constate une discrimination des femmes bénéficiaires de l'AME en comparaison des autres femmes (environ 9 points d'écart) ainsi qu'un écart entre les hommes de référence et leurs homologues féminines, à la défaveur des premiers. Ces deux effets masquaient la discrimination des femmes bénéficiaires de l'AME dans le tableau 5.12 (le coefficient d'interaction « AME x pédiatres » était non significatif dans le premier modèle). Le taux d'obtention d'un rendez-vous des hommes bénéficiant de l'AME est plus faible que celui des hommes de réfé-

rence, mais cette différence n'est pas statistiquement significative et s'explique par un taux très faible de rendez-vous accordés aux patients hommes de référence (cf. graphique 5.6).

Aucun modèle ne permet de détecter une discrimination à l'égard des patients bénéficiaires de la CSS, même s'ils présentent des taux de rendez-vous inférieurs en moyenne à ceux des patients de référence dans deux des trois spécialités étudiées (ophtalmologues et pédiatres).

5.5.1.2 Effet sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

Le tableau 5.14 présente les résultats sur les délais d'attente par spécialité. Le premier modèle confirme que les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont bien plus conséquents pour tous les patients chez les ophtalmologues et les pédiatres en comparaison des généralistes. Il suggère également une interaction négative et significative à 10 % entre le bénéfice de l'AME et la pédiatrie, signifiant que les patients bénéficiaires de cette aide obtiendraient des rendez-vous plus tôt que les autres patients chez les praticiens de cette spécialité (conditionnellement au fait pour ces patients de s'être vu proposer un rendez-vous). L'estimation du coefficient AME sur la population de pédiatres confirme ce résultat : en moyenne, les patients bénéficiant de l'AME ont un rendez-vous dans un délai inférieur à 18,5 % du délai des patients de référence ($(exp(-0.204) - 1) * 100$). Le tableau 5.15 montre que les délais d'attente des patients bénéficiaires de l'AME sont plus courts uniquement pour les hommes bénéficiaires de cette aide et pas pour les femmes bénéficiaires (alors même que les deux genres obtiennent des rendez-vous dans des proportions quasi-identiques : 37,7 % et 37,6 % respectivement pour les patientes et pour les patients bénéficiaires de l'AME).

TABLEAU 5.14 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.048	−0.068	−0.029	−0.065
	(0.060)	(0.058)	(0.048)	(0.061)
AME	0.011	−0.009	0.098	−0.204**
	(0.067)	(0.066)	(0.058)	(0.072)
Patiente	−0.058	−0.168*	0.054	−0.105
	(0.048)	(0.069)	(0.080)	(0.091)
Ophtalmologues	1.651***			
	(0.081)			
Pédiatres	1.076***			
	(0.078)			
CSS x ophtalmologues	0.016			
	(0.076)			
AME x ophtalmologues	0.126			
	(0.086)			
CSS x pédiatres	0.008			
	(0.085)			
AME x pédiatres	−0.207*			
	(0.096)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.339	0.132	0.14	0.163
Adj. R^2	0.33	0.092	0.116	0.128
N obs.	4 142	1 110	1 815	1 217
N praticiens	1 964	581	784	599

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU 5.15 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous, régressions séparées selon le genre du patient

	Généralistes		Ophtalmologues		Pédiatres	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.061	−0.085	−0.013	−0.014	−0.075	−0.040
	(0.083)	(0.085)	(0.070)	(0.066)	(0.092)	(0.082)
AME	0.033	−0.132	0.161*	0.015	−0.030	−0.334**
	(0.091)	(0.099)	(0.081)	(0.089)	(0.111)	(0.103)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.204	0.15	0.173	0.163	0.177	0.226
Adj. R^2	0.123	0.078	0.128	0.118	0.107	0.162
N obs.	509	601	897	918	601	616
N praticiens	268	313	370	414	290	309

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

5.5.2 Hétérogénéité selon le secteur d'activité

5.5.2.1 Effet sur l'obtention d'un rendez-vous

Les écarts observés entre les taux de rendez-vous accordés aux différents patients pourraient découler d'une logique économique. Tous les professionnels de santé devant appliquer le tarif conventionné pour les patients bénéficiaires de la CSS ; prendre en charge ces patients représente une perte de revenu directe pour les professionnels appliquant des dépassements d'honoraires. La perte est d'autant plus élevée que les dépassements sont importants. Pour les patients bénéficiaires de l'AME, la prise en charge sans dépassements n'est pas obligatoire, mais elle est parfois recommandée pour des raisons déontologiques. Ainsi, un document pédagogique proposé à la suite de la Commission d'évaluation des pratiques de refus de soins auprès du Conseil national de l'Ordre des médecin (mars 2022) désigne le dépassement d'honoraires pour des patients bénéficiant de l'AME comme un refus de soins discriminatoire.

Ainsi, contrairement aux médecins qui exercent en secteur 1, ceux exerçant en secteur 2 subissent une perte de revenus lorsqu'ils prennent en charge les bénéficiaires de la CSS, voire de l'AME, selon leurs pratiques. Nos résultats nous permettent de voir si les médecins de secteur 2 discriminent davantage les patients bénéficiaires de la CSS ou de l'AME.

Le tableau 5.16 suggère une discrimination à l'encontre des bénéficiaires de l'AME, transversale à tous les secteurs. Toutes spécialités confondues, il n'y a pas d'effet d'interaction significatif entre le secteur et le statut dans la première colonne, qui regroupe toutes les spécialités, en contrôlant pour la spécialité du praticien. Quand on regarde chaque spécialité séparément, les patients bénéficiaires de l'AME ou de la CSS n'apparaissent pas plus discriminés en secteur 2 qu'en secteur 1.

TABLEAU 5.16 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.015	−0.010	−0.037	−0.013
	(0.011)	(0.016)	(0.021)	(0.020)
AME	−0.105***	−0.101***	−0.134***	−0.082***
	(0.012)	(0.018)	(0.025)	(0.023)
Patiente	0.014	−0.026	0.050*	0.018
	(0.013)	(0.022)	(0.022)	(0.025)
Secteur 2	0.009	−0.036	0.060*	−0.070
	(0.021)	(0.081)	(0.029)	(0.038)
CSS x secteur 2	0.021	0.082	0.023	0.040
	(0.017)	(0.065)	(0.027)	(0.031)
AME x secteur 2	−0.011	0.036	−0.046	0.047
	(0.019)	(0.060)	(0.032)	(0.033)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.146	0.122	0.22	0.1
Adj. R^2	0.141	0.108	0.206	0.084
N obs.	9 258	3 264	3 024	2 970
N praticiens	3 086	1 088	1 008	990

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

5.5.2.2 Effet sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

La perte économique engendrée par la prise en charge de patients bénéficiaires de l'AME ou de la CSS pourrait conduire les praticiens de secteur 2 à proposer des rendez-vous plus éloignés de la date d'appel de sorte à décourager la prise de rendez-vous par ces patients. C'est l'hypothèse que nous étudions dans le tableau 5.17.

On n'observe pas d'effet d'interaction entre le secteur et le statut du patient dans l'ensemble concernant les délais d'attente. Parmi les pédiatres cependant, les résultats suggèrent un effet d'interaction entre le bénéfice de l'AME et le secteur (effet significatif à 10 %), qui compense les délais plus courts offerts aux bénéficiaires de l'AME par les pédiatres en général. Les patients bénéficiant de l'AME se verraient proposer des rendez-vous aux mêmes échéances que les autres patients quand ils s'adressent à des praticiens de secteur 2 ($-0.343 + 0.317 \approx 0$). Les délais d'attente plus courts proposés aux bénéficiaires de l'AME seraient donc entièrement le fait de pédiatres en secteur 1.

5.5.3 Hétérogénéité selon le genre du praticien

Dans l'échantillon des praticiens appelés par trois patients, la part de femmes médecins s'élève à 40,7 %, 39,6 % et 68,0 % respectivement chez les généralistes, les ophtalmologues et les pédiatres (cf. le tableau E22 en annexe). Les différences d'emploi du temps entre les femmes et les hommes sont largement documentées sur le marché du travail. Parmi les médecins généralistes, quelques études montrent que les durées de travail hebdomadaires déclarées par les femmes sont plus faibles que celles déclarées par les hommes (Jakoubovitch et al. (2012); Hélène Chaput (2019)), ce qui laisse supposer qu'elles peuvent prendre en charge moins de patients, arrivant plus vite à saturation. Si les femmes médecins ont des durées de travail plus courtes, et donc des revenus inférieurs à leurs confrères, on peut se

TABLEAU 5.17 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.075	−0.081	−0.089	−0.071
	(0.041)	(0.060)	(0.079)	(0.079)
AME	−0.047	−0.019	0.159	−0.343***
	(0.049)	(0.069)	(0.088)	(0.095)
Patiente	−0.055	−0.167*	0.054	−0.107
	(0.048)	(0.069)	(0.080)	(0.091)
Secteur 2	−0.068	0.186	−0.137	−0.007
	(0.079)	(0.329)	(0.110)	(0.140)
CSS x secteur 2	0.090	0.203	0.091	0.015
	(0.064)	(0.265)	(0.100)	(0.119)
AME x secteur 2	0.116	0.150	−0.097	0.317*
	(0.073)	(0.241)	(0.109)	(0.137)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.338	0.132	0.14	0.166
Adj. R^2	0.329	0.091	0.115	0.13
N obs.	4 142	1 110	1 815	1 217
N praticiens	1 964	581	784	599

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU 5.18 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.002	0.002	−0.005	−0.015
	(0.012)	(0.020)	(0.018)	(0.028)
AME	−0.132***	−0.108***	−0.181***	−0.088**
	(0.014)	(0.022)	(0.022)	(0.031)
Patiente	0.014	−0.026	0.050*	0.019
	(0.013)	(0.022)	(0.022)	(0.025)
Praticienne	−0.057**	−0.071*	0.001	−0.096**
	(0.018)	(0.031)	(0.027)	(0.035)
CSS x praticienne	−0.010	−0.016	−0.044	0.031
	(0.017)	(0.030)	(0.028)	(0.033)
AME x praticienne	0.047*	0.022	0.052	0.039
	(0.018)	(0.032)	(0.032)	(0.036)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.146	0.122	0.218	0.099
Adj. R^2	0.141	0.108	0.205	0.083
N obs.	9 258	3 264	3 024	2 970
N praticiens	3 086	1 088	1 008	990

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

demander si elles sont plus amenées à refuser des patients bénéficiaires d'aide du fait de la plus grande perte de revenus liée à la prise en charge de ces patients. Les femmes médecins déclarent par ailleurs des temps de consultation plus longs en moyenne, ce qui pourrait être en faveur ou en défaveur des bénéficiaires de l'AME, pour qui les médecins peuvent anticiper des consultations plus longues.

Comme attendu, les patients de référence appelant des médecins de genre féminin font face à un taux de refus plus élevé que s'ils appelaient un médecin de genre masculin (cf. ligne « Praticienne » du tableau 5.18 [13]) : le taux de rendez-vous accordé dans des cabinets de praticiennes est inférieur à 5,7 points de pourcentage à celui des cabinets de praticiens (résultat significatif à 5 %). Ce résultat est tiré par les pratiques des femmes généralistes ou pédiatres, les femmes ophtalmologues accordant autant de rendez-vous en moyenne que leurs homologues masculins. Malgré un taux plus faible de rendez-vous, les praticiennes n'ont pas tendance à davantage discriminer les patients bénéficiaires d'aide que les autres : au contraire, le premier modèle (portant sur l'ensemble des spécialités, et contrôlant pour les spécialités des praticiens) montre que celles-ci ont tendance à favoriser les bénéficiaires de l'AME. On n'observe pas de résultat similaire pour les patients bénéficiaires de la CSS. Si les praticiennes modulent leurs emplois du temps en refusant plus souvent des patients, ces refus plus fréquents ne semblent pas se faire au détriment des bénéficiaires de prestations. Les femmes pourraient avoir des temps de consultation plus longs parce qu'elles prennent en charge des patients qui ont des problématiques complexes, ou, à l'inverse, accepter plus facilement l'éventuelle perte de revenu liée à une consultation longue et valorisée au même tarif, et donc accepter tous les patients. Les deux phénomènes (consultation longue, acceptation de patients aux besoins spécifiques) semblent en tout cas liés.

De façon cohérente, les délais d'attente sont plus importants quand les patients

13. Dans ce tableau, on utilise le genre du praticien tel qu'il est donné dans les données de l'Annuaire Santé Ameli : il ne s'agit pas notamment du genre de la personne qui répond au téléphone.

TABLEAU 5.19 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.017	−0.044	0.008	−0.097
	(0.042)	(0.069)	(0.061)	(0.098)
AME	0.009	0.011	0.066	−0.216
	(0.050)	(0.078)	(0.075)	(0.117)
Patiente	−0.054	−0.164*	0.052	−0.107
	(0.048)	(0.069)	(0.080)	(0.091)
Praticienne	0.181**	0.059	0.075	0.446***
	(0.062)	(0.097)	(0.099)	(0.119)
CSS x praticienne	−0.046	−0.055	−0.109	0.049
	(0.064)	(0.127)	(0.099)	(0.123)
AME x praticienne	−0.018	−0.047	0.076	0.021
	(0.073)	(0.137)	(0.111)	(0.144)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.337	0.129	0.138	0.162
Adj. R^2	0.329	0.089	0.114	0.127
N obs.	4 142	1 110	1 815	1 217
N praticiens	1 964	581	784	599

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

décident de prendre rendez-vous chez des praticiennes plutôt que chez des praticiens (tableau 5.19). Cet effet semble entièrement tiré par les pédiatres, profession à prédominance féminine. Pour autant, on n'observe pas d'interaction entre le genre du praticien et le statut des patients concernant les délais pour obtenir un rendez-vous.

5.6 Les médecins refusant des patients bénéficiaires de l'AME le font souvent explicitement

Les patients discriminés car bénéficiaires d'une aide peuvent essuyer deux types de refus : des refus de soins discriminatoires explicitement formulés, quand un praticien déclare ne pas prendre en charge des patients bénéficiaires de l'AME ou de la CSS, et des refus de soins discriminatoires non-explicites, lorsqu'un motif de refus légitime est invoqué (exemple : ne prend pas de nouveaux patients), mais est utilisé de manière disproportionnée pour les patients AME ou CSS. Au vu des résultats de l'étude, sont analysés plus spécifiquement les motifs de refus adressés aux bénéficiaires de l'AME, qui font face à une discrimination nette, contrairement aux bénéficiaires de la CSS.

Le principe du *testing* est de pouvoir considérer les deux types de refus, pour avoir une idée du volume total de refus discriminatoires. Cependant, distinguer les refus discriminatoire explicites et non-explicites est intéressant puisque cela informe sur les leviers qui pourraient être activés pour lutter contre le refus de soins. Si les praticiens qui refusent des patients bénéficiant de l'AME ou de la CSS le font de façon explicite, cela nous indique qu'ils n'ont pas peur de subir une éventuelle sanction (sociale ou juridique), voire qu'ils ne connaissent pas l'obligation légale de prendre en charge ces patients. Ce second cas peut être identifié partiellement avec le motif « méconnaissance de l'AME ou de la CSS ». Si, à l'inverse, les praticiens discriminent les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS en n'exprimant pas un refus explicitement discriminatoire, cela peut indiquer qu'ils connaissent leurs obligations et craignent d'éventuelles sanctions, mais souhaitent tout de même discriminer les patients bénéficiaires de l'AME.

Les médecins ont la possibilité de refuser des demandes de rendez-vous dans certaines conditions qui relèvent d'un cadre juridique précis (cf. l'article R.4127-47

du code de la santé publique, rappelé dans le chapitre 1). Plusieurs motifs peuvent être invoqués : un nombre trop important de patients, ne permettant pas de garantir une prise en charge de qualité pour des nouveaux patients sauf cas d'urgence, ou l'orientation donnée à son exercice par le médecin, si la demande de soins ne correspond pas à l'activité du médecin. Le médecin doit informer le patient des raisons pour lesquelles il refuse d'assurer sa prise en charge. De fait, ces raisons (pas de nouveaux patients, pathologie non gérée) sont fréquemment invoquées par les praticiens répondants pour refuser un rendez-vous. Certains praticiens renvoient également à un logiciel de gestion des rendez-vous en ligne, comme Doctolib ou Maiia. Ce sont des praticiens qui gardent une ligne téléphonique, ou parfois un répondeur automatique, mais ont délégué la prise de rendez-vous.

Certains praticiens refusent également le rendez-vous au motif qu'un dépassement d'honoraires serait appliqué. Les dépassements d'honoraires peuvent être appliqués aux bénéficiaires de l'AME, mais pas aux bénéficiaires de la CSS. On voit que pour le moment aucun patient bénéficiant de la CSS ne se voit opposer un refus pour dépassement d'honoraires, contrairement aux bénéficiaires de l'AME. Ce dépassement s'applique sans doute à tous les patients, mais ils sont utilisés ici pour refuser les rendez-vous aux bénéficiaires de l'AME. Certains praticiens proposent aussi aux patients bénéficiant de l'AME de prendre un rendez-vous en réglant l'intégralité de la consultation (y compris la partie normalement prise en charge par l'AME), ou encore les préviennent qu'ils appliquent un dépassement d'honoraires, ce qui peut être considéré comme une manière de les dissuader de prendre rendez-vous. Cela permet toutefois de prévenir des patients souvent précaires, pour éviter de leur annoncer le dépassement seulement en fin de consultation.

5.6.1 Les motifs de refus par type de patient

TABLEAU 5.20 – Motifs de refus, par statut

	AME	CSS	REF
Pas nouveaux patients	838 (42 %)	817 (47 %)	788 (47.8 %)
Pathologie non gérée	144 (7.2 %)	198 (11.4 %)	204 (12.4 %)
Doctolib uniquement	301 (15.1 %)	226 (13 %)	222 (13.5 %)
Pas de place définitivement	146 (7.3 %)	152 (8.7 %)	148 (9 %)
Pas de place temporairement	196 (9.8 %)	145 (8.3 %)	142 (8.6 %)
Retraite	57 (2.9 %)	70 (4 %)	72 (4.4 %)
Autre motif	66 (3.3 %)	62 (3.6 %)	46 (2.8 %)
Localisation	25 (1.3 %)	16 (0.9 %)	21 (1.3 %)
Dépassement honoraires	27 (1.4 %)	8 (0.5 %)	4 (0.2 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	7 (0.4 %)	6 (0.3 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	148 (7.4 %)	30 (1.7 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	41 (2.1 %)	8 (0.5 %)	1 (0.1 %)
Nombre de réponses	1996 (100 %)	1738 (100 %)	1648 (100 %)

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : le motif « pas de nouveaux patients » a été invoqué pour 838 patients bénéficiant de l'AME, soit dans 42,0 % des cas de refus adressés aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Dans notre échantillon, 148 appels émis par un bénéficiaire de l'AME se soldent par un refus explicite de prendre en charge des patients bénéficiant de l'AME (tableau 5.20). Cela représente 7,4 % des 1 996 motifs de refus opposés aux bénéficiaires de l'AME et 4,8 % des 3 086 appels complets de notre échantillon. Si on considère également les refus pour méconnaissance de l'aide, adressés spécifiquement aux bénéficiaires des aides, le taux de refus explicitement discriminatoire s'élève à 6 % des appels passés par les bénéficiaires de l'AME. En effet, 148 répondants mentionnent refuser les patients en raison de l'AME, 41 citent une méconnaissance de cette aide, 4 répondants mentionnant ces deux motifs à la fois. Au total, 185 appels sur 3 086 qui se soldent donc par un refus discriminatoire explicite, soit 6 % des appels. Deux motifs peuvent également être considérés comme explicitement discriminatoires puisqu'ils ne concernent, en pratique, quasiment que les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS : la mention de dépassement d'honoraires (illégale pour ce qui concerne les bénéficiaires de la CSS) ou la non utilisation du tiers payant ou de la carte vitale. En additionnant ces motifs qui pénalisent spé-

cifiquement les bénéficiaires d'aide, le taux de refus explicitement discriminatoire s'élève à 6,5 % des appels émis par les bénéficiaires de l'AME. En appelant 15 praticiens pour prendre un rendez-vous, un bénéficiaire de l'AME fait face à un refus explicitement discriminatoire en moyenne.

Les bénéficiaires de l'AME ont donc moins de chance d'accéder à un rendez-vous (différence de 11 points de pourcentage), et 6,5 % des des demandes de rendez-vous formulées par des patients bénéficiant de l'AME se soldent par un refus explicitement discriminatoire. Les refus explicitement discriminatoires représentent plus de la moitié des refus de soins discriminatoires opposés aux patients bénéficiaires de l'AME., alors même que cela constitue une infraction.

Concernant les bénéficiaires de la CSS, pour lesquels il n'est pas détecté dans cette étude de discrimination en moyenne, le *testing* montre néanmoins l'existence de refus discriminatoires explicites, qui concernent environ 1 % des appels des patients bénéficiant de la CSS. En ajoutant les motifs « Dépassement d'honoraires » et « Pas de tiers payant ou carte vitale », les refus explicitement discriminatoires à destination des bénéficiaires de la CSS atteignent 1,5 %. Les patients bénéficiant de la CSS ont donc beaucoup moins de chance que ceux bénéficiant de l'AME de faire face à des refus explicitement discriminatoires. Les patients de référence se voyant opposer plus souvent d'autres motifs (tels que « Pas de nouveaux patients », « Pas de place temporaire disponible », ...), ce résultat n'est pas suffisant pour que l'on puisse conclure statistiquement à une discrimination envers les bénéficiaires de la CSS, mais celle-ci n'est pas inexistante.

5.6.2 Les refus opposés aux bénéficiaires de l'AME, selon la spécialité du praticien

Nous nous intéressons ici aux spécificités des motifs donnés aux patients bénéficiant de l'AME, selon la spécialité du praticien (tableau 5.21). Nous présentons les

tableaux équivalents en annexe E, pour les patients de référence (tableau E34, dont les résultats sont quasi identiques au tableau 5.3, la seule différence étant le champ des tests considérés : appels aboutis vs tests complets) et les patients bénéficiaires de la CSS (tableau E35).

Si on s'intéresse aux motifs explicitement discriminatoires adressés aux bénéficiaires de l'AME, on observe une hétérogénéité selon la spécialité. Les ophtalmologues opposent plus souvent un refus explicitement discriminatoire (18,8 % des 547 motifs de refus invoqués et 9 % des 1 008 appels complets), suivis par les pédiatres (11,6 % des 680 motifs de refus invoqués et 7 % des 990 appels complets) puis par les médecins généralistes (5,3 % des 769 motifs de refus invoqués et 3,5 % des 1 088 appels complets).

TABLEAU 5.21 – Motifs de refus pour les patients AME

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	458 (59,6 %)	122 (22,3 %)	258 (37,9 %)
Pathologie non gérée	46 (6 %)	29 (5,3 %)	69 (10,1 %)
Doctolib uniquement	52 (6,8 %)	152 (27,8 %)	97 (14,3 %)
Pas de place définitivement	42 (5,5 %)	50 (9,1 %)	54 (7,9 %)
Pas de place temporairement	64 (8,3 %)	54 (9,9 %)	78 (11,5 %)
Retraite	24 (3,1 %)	19 (3,5 %)	14 (2,1 %)
Autre motif	25 (3,3 %)	15 (2,7 %)	26 (3,8 %)
Localisation	17 (2,2 %)	3 (0,5 %)	5 (0,7 %)
Dépassement honoraires	4 (0,5 %)	16 (2,9 %)	7 (1 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	5 (0,9 %)	2 (0,3 %)
Refus AME ou CSS	26 (3,4 %)	72 (13,2 %)	50 (7,4 %)
Méconnaissance AME ou CSS	11 (1,4 %)	10 (1,8 %)	20 (2,9 %)
Nombre de refus	727	499	617
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,1
Nombre de réponses	769 (100 %)	547 (100 %)	680 (100 %)

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : les généralistes ont invoqué à 458 bénéficiaires de l'AME le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 59,6 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Pour un bénéficiaire de l'AME, il faut donc en moyenne 29 appels pour faire face à un refus explicitement discriminatoire. Pour les pédiatres, un refus explicitement discriminatoire arrive en moyenne tous les 14 appels. Enfin, il suffit de 11 appels d'un patient bénéficiant de l'AME à un ophtalmologue pour détecter un refus explicitement discriminatoire [14] .

L'utilisation des refus explicitement discriminatoires concerne donc principalement les ophtalmologues et les pédiatres, à la fois en valeur absolue, et en proportion des refus discriminatoires. Les médecins généralistes ne discriminent pas moins les bénéficiaires de l'AME que les pédiatres (tableau 5.12), mais ils ont plus souvent recours à des refus discriminatoires formulés implicitement. Parmi les autres motifs de refus, non explicitement adressés aux patients bénéficiant de l'AME, on n'identifie pas un motif qui serait particulièrement opposé à ceux-ci par rapport aux autres

14. Parmi les 1 091 bénéficiaires de l'AME ayant appelé un généraliste, 38 ont un motif de refus qui mentionne le refus ou la méconnaissance de l'AME, le dépassement d'honoraires ou l'absence de tiers payant. En appelant 29 (= 1 088/38) généralistes, un bénéficiaire de l'AME fait donc face en moyenne à un refus discriminatoire. Ce sont 93 bénéficiaires de l'AME sur 1 008 appels pour les ophtalmologues, et 72/990 pour les pédiatres.

patients. Les médecins généralistes semblent donc utiliser tous les motifs légitimes de refus un peu plus souvent pour les bénéficiaires de l'AME, ce qui constitue tout de même une discrimination.

Pour résumer, les généralistes ont un taux de refus moyen, et ont souvent recours à des motifs légitimes, les ophtalmologues ont un taux de refus discriminatoire élevé, et ont recours à la fois à des refus explicitement formulés et des motifs légitimes, et les pédiatres ont environ le même taux de refus que les généralistes, mais ont plus souvent recours à des refus explicitement discriminatoires, comme les ophtalmologues.

Chapitre 6

Discussion

Comprendre les raisons qui poussent les professionnels de santé à préférer soigner une population de personnes plutôt qu'une autre est essentiel pour concevoir des politiques publiques efficaces garantissant à toutes les personnes une égalité dans l'accès aux soins. Le refus de soins en médecine de ville est par ailleurs problématique tant pour la santé publique que pour l'efficience de la dépense de santé, tout retard dans le recours aux soins étant susceptible d'aggraver la santé du patient et pouvant le conduire à une prise en charge plus lourde et à l'hôpital, donc plus onéreuse pour le système de santé. Nous discutons dans la première section de ce chapitre (section 6.1) de la simplification de la gestion de la CSS et des évolutions techniques et normatives depuis 2019 qui peuvent expliquer l'absence de discrimination que nous observons à l'égard des patients bénéficiaires de la CSS et qui contraste avec les études antérieures. Nous discutons ensuite des spécificités liées à la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME qui peuvent conduire aux pratiques discriminatoires observées à l'égard de ces patients (section 6.2). La troisième section de ce chapitre s'intéresse à la portée des résultats de cette étude au-delà du cadre expérimental que nous avons retenu (section 6.3).

6.1 Comment expliquer l'absence d'écart significatif entre les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence ?

En 2019, Challe et al. (2018) ont montré que le taux de réponse des patientes possédant la CMU-C ou l'ACS était inférieur de respectivement 8 et 13 points de pourcentage par rapport aux patientes qui ne bénéficiaient d'aucun de ces dispositifs. Ce *testing* portait sur trois spécialités médicales différentes de celles étudiées ici (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres), le protocole mis en œuvre comportait par ailleurs uniquement des patientes. Ces différences, d'ordre méthodologiques, pourraient expliquer en partie pourquoi les résultats de la présente étude et ceux de celle précédemment citée divergent, mais d'autres études (par *testing* ou qualitatives) ont mis en lumière une discrimination à l'égard des patients bénéficiant de la CMU-C dans les mêmes spécialités que celles étudiées ici (à l'exception des pédiatres).

Nous discutons ici des évolutions normatives mises en œuvre depuis la création de la prestation en novembre 2019 qui ont pu conduire à modifier les pratiques des médecins et ainsi améliorer la prise en charge des patients bénéficiaires de la CSS.

6.1.1 Simplification liée à la fusion

La fusion de l'ACS avec la CMU-C a été proposée dans le cadre du plan de lutte contre la pauvreté sur le constat que la complexité persistante des dispositifs d'attribution des deux aides entraînait un taux de non-recours à ces prestations très important. En plus des simplifications des démarches du point de vue du bénéficiaire pour accéder ou renouveler son accès à la prestation, la création de la CSS s'est accompagnée d'une simplification de la gestion de la prestation pour les professionnels de santé, compte tenu de l'existence désormais d'un seul niveau de

garantie. Dans le cadre de l'ACS, les contrats d'assurance complémentaire se différenciaient en effet sur le panier de soins pris en charge, les niveaux de garantie proposés et l'accès aux prestations annexes. Les bénéficiaires de l'ACS choisissaient leur niveau de garantie au moment de leur demande d'accès à la prestation. Avec la CSS, une couverture identique est assurée à tous les bénéficiaires.

Les modalités du tiers payant intégral coordonné par l'assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires de la CSS sont identiques à celles antérieurement en vigueur pour les bénéficiaires de la CMU-C. Elles ne peuvent donc expliquer pourquoi nous n'observons pas d'écart entre les patients de référence et les bénéficiaires de la CSS à l'inverse des études précédentes portant sur les prestations ayant été remplacées par la CSS. C'est ainsi surtout la hausse de la pratique du tiers payant par les professionnels de santé eux-mêmes qui semble jouer en faveur des patients bénéficiant de la CSS (voir ci-après).

D'autres évolutions sont entrées en vigueur le 1er janvier 2023, en application du décret n°2022-1662 du 27 décembre 2022 modifiant certaines dispositions relatives au financement de la CSS et concernant la simplification de ses circuits de financement. L'assurance maladie obligatoire prend dorénavant d'emblée en charge, dans le cadre du tiers payant intégral coordonné (soit 99 % des actes pris en charge par la complémentaire santé solidaire), la part des frais de santé normalement payée par l'assurance maladie complémentaire pour le compte du patient (Direction de la sécurité sociale, 2022).

6.1.2 Évolutions ayant conduit à généraliser la pratique du tiers payant

La loi de financement pour la sécurité sociale pour 2015, puis la loi de modernisation du système de santé du 21 janvier 2016, ont prévu une généralisation progressive de la dispense d'avance de frais pour les soins de ville. Cette généra-

sation a commencé par les populations les plus précaires ou recourant au système de soins de manière répétitive (patients atteints d'une affection de longue durée ou bénéficiaires de l'assurance maternité). Le tiers payant, qui consiste en un processus de facturation qui dispense le patient d'avance de frais, peut être pratiqué par le professionnel de santé sur la « part AMO »[1] seule (tiers payant AMO) ou sur la part complémentaire également (tiers payant intégral).

Évolutions normatives

Une incitation financière à la télétransmission et à l'utilisation des services en ligne existe depuis 2009 dans la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Cette incitation prend la forme d'une subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques et autres pièces justificatives. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue, en 2012, une composante de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP[2]). En 2020, ces aides représentent 177 millions d'euros (Gonzalez et al., 2021).

La mise en œuvre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance maladie obligatoire pour les bénéficiaires de l'ACS ayant souscrit un contrat sélectionné a été effective à compter de 2015. Pour les patients bénéficiaires de l'ACS, ayant souscrit un contrat auprès d'un organisme d'assurance maladie complémentaire sélectionné dans le cadre de la réforme et disposant d'une carte Vitale à jour des droits ACS, le professionnel de santé avait la possibilité d'appliquer le tiers payant intégral soit de manière coordonnée par l'AMO, soit en gestion séparée entre l'AMO d'une part et l'AMC d'autre part.

Depuis 2017, le tiers payant sur le montant théoriquement remboursable par

1. La « part AMO » désigne le montant théoriquement remboursable par l'assurance maladie obligatoire.
2. La ROSP est une rémunération supplémentaire attribuée aux médecins en plus de celle des actes. Ce dispositif a ainsi pour objectif d'améliorer les pratiques professionnelles médicales et la qualité des soins attribués, en valorisant l'atteinte d'objectifs définis.

l'assurance maladie obligatoire s'applique pour les soins pris en charge au titre de l'assurance maternité et ceux en lien avec une affection de longue durée. Ces évolutions normatives ont contribué à renforcer l'application du tiers payant par les professionnels de santé.

Évolutions techniques

Pour télétransmettre des feuilles de soins électroniques, les professionnels de santé doivent disposer d'une carte de professionnels de santé et de l'équipement informatique nécessaire. Des évolutions techniques concernant les outils et les systèmes d'informations ont également favorisé la pratique du tiers payant. Parmi ces évolutions, on peut citer celles qui concernent le cahier des charges SESAM-Vitale mettant à disposition des professionnels de santé des outils facilitant la pratique du tiers payant de façon rapide, fiable et sécurisée et permettant d'automatiser l'application du tiers payant sur le poste du professionnel de santé pour les tiers payant légaux.

Le déploiement depuis 2016 du téléservice « ADRi » (Acquisition des DRroits intégré) d'identification des droits en ligne intégré au logiciel SESAM-Vitale des professionnels de santé a facilité la pratique du tiers payant en permettant de fiabiliser la récupération des droits des assurés par l'intermédiaire d'un accès direct aux bases de données des organismes d'assurance maladie. L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue alors à la date des soins. Depuis la fin 2018, des obstacles techniques au déploiement d'ADRi ont été levés et le dispositif a pu monter en charge : la consultation des droits peut être déclenchée par le professionnel de santé sans la carte Vitale du patient [3]. L'amélioration et l'extension de cet outil permettent de lever les craintes des professionnels de santé

3. Les droits ADRi ne remplacent pas la lecture de la carte Vitale mais la complètent le cas échéant si les droits sur la carte Vitale ne sont pas à jour. Si la carte Vitale n'a jamais été lue, par exemple, la lecture ADri permettra de récupérer des droits sociaux à jour mais la facturation ne pourra se faire qu'en dégradé.

quant au bon règlement des prestations. Le téléservice diminue de fait le risque de rejet des télétransmissions car celles-ci reposent sur les informations des caisses principales directement.

6.2 Comment « expliquer » la forte discrimination à l'égard des patients et des patientes bénéficiant de l'AME ?

Le manque à gagner éventuellement lié à la prise en charge des bénéficiaires de l'AME ne semble pas déterminant, puisque nous n'observons que peu d'écart de taux d'obtention de rendez-vous entre les patients bénéficiaires de l'AME et les autres patients selon le secteur d'activité du professionnel de santé parmi les trois spécialités étudiées (cf. la section 5.5.2).

Nous présentons ici d'autres facteurs explicatifs sur la discrimination envers les patients bénéficiant de l'AME que nous n'avons pas pu tester directement. Si les bénéficiaires de l'AME présentent des caractéristiques similaires aux personnes éligibles à la CSS gratuite en termes de revenus (ils doivent justifier de ressources inférieures au même plafond), les modalités de prise en charge de ces patients peuvent différer en raison de l'absence de carte Vitale et car les professionnels de santé anticipent peut-être des consultations plus longues ou difficiles, notamment en raison d'un éventuel besoin de traduction (ce qui n'est pas le cas dans notre *testing*, puisque les personnes qui prennent rendez-vous parlent français), ou de problèmes de santé plus complexes. Le fait que les médecins femmes, qui ont en général des temps de consultation plus longs, acceptent davantage les bénéficiaires de l'AME pourrait suggérer que le temps de consultation est un facteur important.

TABLEAU 6.1 – Hypothèses sur le refus de soins en fonction du secteur d'activité et de la pratique de la télétransmission

Télétransmission	Secteur 1	Secteur 2
Oui	• Temps administratif supplémentaire pour AME ou CSS • Pas de pertes de revenu	• Temps administratif supplémentaire pour AME ou CSS • Pertes de revenu si patient CSS (+ éventuellement si patient AME si le professionnel de santé décide de ne pas appliquer de dépassements)
Non	• Revenus différés	• Revenus différés • Perte de revenus si patient CSS (+ éventuellement si patient AME si le professionnel de santé décide de ne pas appliquer de dépassements)

6.2.1 La télétransmission en mode dégradé

Une minorité de praticiens de notre échantillon n'accepte *a priori* pas la carte Vitale d'après les informations administratives de la base de données Améli (tableau E22 en annexe). Faute d'avoir un échantillon suffisant, nous ne sommes pas en mesure de tester si la pratique de la télétransmission affecte la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME. Or comme le montre le tableau 6.1, le coût administratif d'un patient bénéficiant de la CSS ou de l'AME est proche de celui d'un autre patient en l'absence de télétransmission, le praticien devant envoyer une feuille de soins pour tous.

En revanche, les coûts engendrés par la prise en charge d'un patient bénéficiant de l'AME plutôt qu'un autre patient sont plus élevés lorsque le praticien utilise la télétransmission (sur la part obligatoire ou complémentaire, ou sur les deux). En effet, la carte AME permet de justifier du bénéfice de l'aide auprès du professionnel

de santé mais ne peut pas être utilisée pour la télétransmission. La pratique du tiers payant est obligatoire pour les patients bénéficiaires de l'AME, le praticien étant tenu de télétransmettre une feuille de soins électronique en mode « Sesam Vitale dégradé » (mode de transmission alternatif au mode sécurisé). Le taux de rejet des feuilles de soins électroniques en mode dégradé est *a priori* plus élevé que celui des feuilles de soins en mode sécurisé mais cet écart ne semble pas lié au statut des patients [4] (Fauchier-Magan et al., 2017).

Les feuilles de soins en mode dégradé doivent s'accompagner par ailleurs d'un duplicata papier ainsi qu'un bordereau récapitulatif envoyés aux caisses d'assurance, ce qui engendre un coût administratif supplémentaire [5].

Le fait que les bénéficiaires de l'AME ne soient pas des assurés sociaux et ne bénéficient pas de carte Vitale induit des démarches administratives plus lourdes que pour les détenteurs de la carte Vitale pour les professionnels de santé et les caisses primaires d'assurance maladie. L'intégration de l'AME dans le régime général de la Sécurité Sociale est ainsi demandée par de nombreuses institutions parmi lesquelles l'Inspection générale des Affaires sociales (Fauchier-Magan et al., 2017; Latournerie et al., 2019), l'Inspection des Finances (Latournerie et al., 2019) ou encore des associations comme Médecins du Monde [6]. En 2014, dans un rapport rendu au Premier ministre, le Défenseur des droits a présenté les avantages d'une fusion administrative des dispositifs CMU-C et AME et a appelé dans sa proposition n°2 à « reconsidérer la dualité des dispositifs CMU-C/AME pour simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME ».

4. Le mode dégradé peut aussi être utilisé quand le patient ne dispose pas de sa carte Vitale (oubli ou perte) ou pour télétransmettre une facture précédemment rejetée.
5. L'envoi d'un duplicata n'était plus exigé depuis mars 2020 en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19, mais a été réintroduit en juin 2021.
6. https://outilsdusoin.fr/spip.php?article683

6.2.2 Autres hypothèses

Dans le cas d'une discrimination consciente et intentionnelle, la discrimination peut être motivée par « goût » (préférence ou au contraire aversion pour une catégorie de personnes) ou pour diminuer le risque associé à la prise en charge de certaines populations. Dans les deux cas, le traitement différencié d'une population relève bien d'une discrimination. Dans le deuxième cas cependant, les économistes parlent d'une « discrimination statistique » qui consiste à attribuer des caractéristiques négatives à une catégorie de personnes sur la base d'un raisonnement probabiliste d'allure rationnelle et objective, et au prix d'une inférence et d'une généralisation. La non-maîtrise du français par les bénéficiaires de l'AME et des difficultés de recours à l'interprétariat [7] sont des facteurs de refus qui peuvent être invoqués par les professionnels de santé et qui peuvent relever d'une forme de discrimination statistique.

Les patients bénéficiant de l'AME héritent aussi des représentations négatives sur la santé des personnes les plus pauvres en termes économiques et des personnes migrantes : si des études montrent que les plus pauvres et les migrants ont un état de santé général moins bon que celui d'une population de référence, les représentations des praticiens peuvent aussi être influencées par des stéréotypes et des préjugés qui circulent à propos des bénéficiaires de l'AME. On peut citer à cet effet, des préjugés de la part des professionnels de santé qui pensent que ces patients ont plus tendance à ne pas honorer leur rendez-vous ou plus généralement une appréhension du professionnel de santé à prendre en consultation des publics en situation de grande précarité (Desprès et Lombrail, 2017). En effet, contrairement aux bénéficiaires de la CSS, les bénéficiaires de l'AME sont des étrangers sans titre de séjour, ce qui ajoute à leur vulnérabilité. Par ailleurs, le stéréotype selon le-

7. Dans le cadre du présent *testing*, les enquêteurs et enquêtrices ayant joué les patients et patientes bénéficiant de l'AME étaient allophones mais maîtrisaient très bien le français, et les praticiens ont pu le constater au téléphone.

quel ces patients seraient en moins bonne santé renforce l'hypothèse selon laquelle ces patients sont moins rentables (consultations, traitements et interactions plus longues). La réticence à l'égard de la prise en charge de ces patients est alors maximale si le praticien anticipe en plus de ces difficultés des délais ou des difficultés de remboursement liés à l'absence de carte Vitale.

6.3 Portée de l'étude au-delà du cadre expérimental

6.3.1 Un *testing* par essence limité

Une étude par *testing* est par essence limitée quel que soit son domaine d'application : concernant l'accès à l'emploi, les *testings* ne portent que sur la première étape du recrutement ; dans l'étude qui nous concerne ici, c'est la discrimination au moment de la prise de rendez-vous par téléphone qui est étudiée uniquement. À cette même étape du parcours de soins, l'étude ne détecte que de rares cas de discrimination explicite à l'encontre des bénéficiaires de la CSS, qui ne suffisent pas à faire différer significativement leur taux d'obtention d'un rendez-vous de celui d'un patient de référence. Néanmoins, il est à noter que des discriminations peuvent intervenir à d'autres étapes du parcours de soins.

Une des limites de cette étude est donc qu'elle se concentre exclusivement sur les discriminations pouvant survenir à l'obtention d'un premier et unique rendez-vous, en médecine de ville, avec un praticien de l'une des trois spécialités testées. Elle laisse en dehors de son champ d'analyse toutes les autres spécialités, contextes d'accès aux soins (centres de santé, laboratoires d'analyse, cliniques, hôpitaux, etc.) et moments du parcours de soins (pendant la consultation, en aval de celle-ci). Il est par exemple possible que les bénéficiaires de la CSS soient discriminés par d'autres spécialistes que ceux testés ici, qu'ils aient plus de mal à trouver un médecin trai-

tant au-delà d'une consultation ponctuelle, ou encore que les bénéficiaires de l'AME fassent l'objet d'une discrimination moindre auprès des centres de santé. Dit autrement, cette étude montre l'existence de discriminations à un point précis du système de santé, mais ne dit rien sur son existence ou son absence partout ailleurs. C'est pourquoi des enquêtes auprès des populations potentiellement discriminées sont nécessaires pour apprécier leur prise en charge médicale, que ce soit lors de la phase de diagnostic ou de la réalisation des soins, même si l'objectivation d'une cause illégitime du traitement différencié est plus difficile avec ces méthodes.

L'analyse des discours des professionnels de santé analysés (Desprès et Lombrail, 2017) met par ailleurs en évidence l'importance du temps de consultation comme variable d'ajustement économique : les discours révèlent des manières de soigner plus rentables que d'autres (consultations courtes, multiplications des actes), mais de qualité moindre. Ainsi, certains praticiens de secteur 2 rapportent des pratiques qui consistent à faire des consultations plus courtes avec les patients bénéficiaires d'aide, moins rentables car ne pouvant payer de dépassements d'honoraires. Aucun praticien interrogé dans l'étude ne rapporte avoir lui-même ces pratiques, mais plusieurs disent les observer chez des confrères qui prennent en charge les bénéficiaires d'aide. Desprès et Lombrail (2017) citent également des praticiens qui déclarent avoir tellement peu de patients bénéficiaires de l'AME qu'ils ne savent pas comment se faire rembourser, et renoncent à l'envoi auprès de la CPAM.

6.3.2 Validité externe

Une autre limite concerne le champ des praticiens considérés. Par construction, n'ont été contactés que des praticiens qui prennent des rendez-vous par téléphone, ce qui exclut ceux qui utilisent exclusivement la prise de rendez-vous en ligne, avec des outils comme Doctolib ou Maiia par exemple. Or, depuis l'intervention, fin 2018, du Défenseur des droits auprès de ces plateformes, elles ne permettent

plus aux praticiens de traiter différemment des autres les patients bénéficiaires de prestations. Il est donc possible que la discrimination soit plus importante avec la prise de rendez-vous par téléphone. Il semblerait, en effet, que les patients bénéficiaires de l'AME aient été un peu plus renvoyés vers Doctolib que les autres patients (près de 10 % contre 7 %). Il est pourtant difficile de statuer sur les motivations des cabinets concernant ces orientations vers Doctolib : sont-ils utilisés afin de décourager la prise de rendez-vous de patients potentiellement plus éloignés de l'utilisation d'outils digitaux ? Au contraire, sont-ils utilisés par des secrétaires qui sont opposées aux pratiques discriminatoires de certains cabinets, afin de donner discrètement un accès aux rendez-vous aux patients AME ?

Quoiqu'il en soit, les médecins de notre échantillon ont peut être une tendance plus forte pour la discrimination (du moins à ce stade de la prise de rendez-vous) que ceux dont la prise de rendez-vous se fait uniquement en ligne et qui ont été exclus du champ des médecins éligibles au *testing* au moment de la constitution de l'échantillon en raison de l'absence de coordonnées valides. Parmi les ophtalmologues notamment, seulement 59,2 % d'entre eux avaient des coordonnées téléphoniques valides dans l'Annuaire Santé Ameli, contre 68,5 % des pédiatres et 80,4 % des généralistes (voir tableau 3.1). Dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier les patients bénéficiaires de la CSS ou de l'AME pour une première demande de rendez-vous lorsque celle-ci se fait en ligne, la discrimination totale dans l'accès à un rendez-vous, tous modes de contact confondus, serait donc moindre que celle que nous mesurons sur les seuls contacts par téléphone. Il est, en effet, possible que les médecins qui souhaitent garder la possibilité de « choisir » leur patientèle soient précisément ceux qui conservent la prise de rendez-vous par téléphone.

On ne peut pas non plus exclure l'hypothèse selon laquelle tout ou partie de la discrimination observée à l'égard des bénéficiaires de l'AME ne soit pas indépendante de leur origine sénégalaise. Il est tout à fait possible que la discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME diffère selon l'origine des bénéficiaires et que le

niveau de discrimination varie selon l'origine testée. Pour distinguer l'effet de l'origine de l'effet de la prestation, il aurait fallu intégrer à notre protocole un quatrième type de patient non-bénéficiaire d'aide et signalant une origine sénégalaise [8]., ce qui n'a pas été possible compte tenu de la dimensionnalité de l'étude et pour des raisons de coût.

8. L'étude de (Challe et al., 2018) montrait une discrimination selon l'origine relativement limitée, plus de détails dans la revue de littérature au chapitre 1.

Conclusion générale

Des situations de discrimination peuvent intervenir à chaque étape du parcours de soins, lors de la demande d'accès premier au professionnel ou au service de santé, de la rencontre avec le praticien ou encore de la phase de diagnostic et de délivrance des soins. Elles peuvent relever de discriminations explicites, si un refus de prise en charge discriminatoire est exprimé, ou de manière non-explicite, si une raison légitime est exprimée, mais opposée de manière disproportionnée à la population discriminée.

Nous nous intéressons à une étape où la discrimination est identifiable : le premier contact avec un cabinet dans le cadre d'un appel téléphonique pour obtenir un rendez-vous avec un praticien de l'échantillon. En utilisant une méthode de *testing*, nous comparons les taux d'obtention de rendez-vous entre des patients dits de référence, et des patients bénéficiaires d'une aide sociale, et potentiellement discriminés : des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

Selon cette étude, en France en 2022, un patient sans risque apparent de discrimination n'a qu'une chance sur deux d'obtenir un rendez-vous par téléphone avec un généraliste, un ophtalmologue ou un pédiatre, un nombre important de praticiens n'acceptant pas de nouveaux patients. Pour les ophtalmologues, la saturation des plannings s'observe au niveau des délais de rendez-vous.

Dans un cadre marqué par de fortes difficultés d'accès aux soins pour tous, les patients bénéficiaires de l'AME font l'objet de discriminations, qui constituent un

obstacle supplémentaire à l'accès aux soins de ces publics fragiles. Ces discriminations sont le fait d'une minorité de praticiens, mais ont une ampleur non négligeable. Ces discriminations sont souvent exprimées de manière explicite, avec 1 appel sur 15 émis qui s'est soldé par un refus explicitement discriminatoire, alors même que cela constitue une infraction. Elles sont transversales, au sens où elles concernent les bénéficiaires de l'AME sans distinction de genre, sont le fait des trois spécialités médicales considérées (médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie), des deux secteurs d'activités (secteur 1 ou 2), et des deux genres de praticiens (femmes et hommes).

Cette étude ne détecte pas statistiquement de discrimination à l'encontre des patients bénéficiaires de la CSS, bien que 1 à près de 2 % des appels de ces derniers aient conduit à un refus discriminatoire explicite. Ceci contraste avec les résultats d'études précédentes sur les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, prestations remplacées par la CSS en 2019. Si ces différences sont probablement liées en partie aux différentes spécialités étudiées, elles sont aussi probablement liées à la simplification des démarches induites par la nouvelle prestation, et à un meilleur écosystème entourant la prestation (hausse de la pratique du tiers payant). À l'inverse, le fait que les bénéficiaires de l'AME ne soient pas assurés sociaux et ne possèdent pas de carte vitale induit, pour les professionnels de santé (et les caisses primaires d'assurance maladie), des démarches administratives plus complexes, ce qui pourrait en partie expliquer ces pratiques discriminatoires.

Une des limites de cette étude est qu'elle considère uniquement l'étape de la prise de rendez-vous. Nous détectons une discrimination à l'accès aux rendez-vous pour les patients bénéficiant de l'AME, ce qui n'exclut pas d'autres moments de discriminations, possibles pour les patients bénéficiaires de l'AME comme pour ceux bénéficiaires de la CSS, par exemple le fait d'être traités de façon discriminatoire pendant leur rendez-vous.

Une seconde limite concerne le champ des praticiens considérés. Par construc-

tion, nous ne contactons que des praticiens qui prennent des rendez-vous par téléphone, ce qui exclut ceux qui utilisent exclusivement la prise de rendez-vous en ligne, avec des outils comme Doctolib ou Maiia, qui ne permettent pas de discriminer les patients bénéficiaires de l'AME et de la CSS. Il est donc possible que notre échantillon contiennent des médecins qui discriminent davantage que la moyenne.

Annexe A

Caractéristiques des patients fictifs

Les tableaux A1, A2 et A3 présentent respectivement les caractéristiques personnelles des patients fictifs de référence, bénéficiaires de la CSS et bénéficiaires de l'AME.

TABLEAU A1 – Identités des patients de référence

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Commune de naissance (code Insee)	NIR	Courriel	Prénom de l'enfant	Prénom du·de la conjoint·e
				Identités féminines			
Amélie	MICHEL	26/05/96	Brignoles (83023)	296058302308124	amelie.michel96@hotmail.com	Hugo	Florian
Marion	BERNARD	13/12/95	Nevers (58194)	295125819406019	marion.bernard95@hotmail.com	Timéo	Romain
Mathilde	FOUR-NIER	28/02/92	Saint-Dizier (52448)	292025244803641	mathilde.fournier92@hotmail.com	Arthur	Quentin
Cindy	ROUX	24/11/92	Kinger-sheim (68166)	292116816604457	cindy.roux92@hotmail.com	Mathéo	Thomas
Emilie	MARTI-NEZ	02/03/97	Sens (89387)	297038938708314	emilie.martinez@hotmail.com	Gabriel	Hugo
Fanny	GARCIA	02/09/96	Éragny (95218)	296099521809412	fannygarcia76@hotmail.com	Eden	Guillaume
Elodie	GARNIER	03/06/92	Saint-Pierre-des-Corps (37233)	292063723308722	elodie.garnier@hotmail.com	Sacha	Arnaud
Claire	LEFEBVRE	01/01/95	Cachan (94016)	295019401604555	clairelefebvre@hotmail.com	Jules	Adrien
Manon	FRAN-COIS	02/01/92	Sceaux (92071)	292019207107630	françoismanon76@hotmail.com	Naël	Loïc
Amandine	ANDRE	19/11/97	Auray (56007)	297115600701387	amandine.andre200@hotmail.com	Mathis	Corentin
				Identités masculines			
Florian	SANCHEZ	12/12/97	Pau (64445)	197126444508910	florian-sanchez25@hotmail.com	Samuel	Amélie
Romain	CHEVA-LIER	07/03/93	Ris-Orangis (91521)	193039152100448	romain-chevalier@hotmail.com	Eden	Marion
Quentin	RICHARD	09/07/93	Istres (13047)	193071304708660	quentin_richard20@hotmail.com	Gabriel	Mathilde
Thomas	FON-TAINE	26/07/96	Condé-sur-l'Escaut (59153)	196075915303603	thomas23fontaine@hotmail.com	Naël	Cindy
Hugo	BONNET	23/04/93	Orly (94054)	193049405405571	hugo_bonnet@hotmail.com	Léon	Emilie
Guillaume	GIRARD	05/09/94	Nogent-sur-Marne (94052)	194099405200122	guillaume-girard12@hotmail.com	Hugo	Fanny
Arnaud	THOMAS	02/11/96	Trélazé (49353)	196114935307521	arnaud-thomas321@hotmail.com	Nolan	Elodie
Adrien	GAUTIER	24/07/94	Lunel (34145)	194073414507309	adrien.gautier88@hotmail.com	Timéo	Claire
Loïc	DUBOIS	06/08/96	Carpen-tras (84031)	196088403102805	loic_dubois91@hotmail.com	Maël	Manon
Corentin	MULLER	05/07/94	Maubeuge (59392)	194075939205590	corentin-muller123@hotmail.com	Lucas	Amandine

TABLEAU A2 – Identités des patients bénéficaires de la CSS

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Commune de naissance (code Insee)	NIR	Courriel	Prénom de l'enfant	Prénom du·de la conjoint·e
				Identités féminines			
Camille	LEROY	15/02/95	Poitiers (86194)	295028619407162	camille.leroy90@hotmail.com	Eliott	Alexis
Léa	LOPEZ	11/04/96	Loos (59360)	296045936009439	lea-lopez321@hotmail.com	Raphaël	Nicolas
Sarah	CLEMENT	26/09/92	Boissy-Saint-Léger (94004)	292099400405994	sarah-clement159@hotmail.com	Léo	David
Clémence	LAMBERT	14/07/93	Laxou (54304)	293075430403472	clemence.lambert357@hotmail.com	Ethan	Dylan
Marine	FERREIRA	14/09/93	Champigny-sur-Marne (94017)	293099401708220	marine-ferreira654@hotmail.com	Louis	Julien
Alexia	MARTIN	07/08/93	Montigny-en-Gohelle (62587)	293086258707571	alexia.martin08@hotmail.com	Enzo	Antoine
Charlotte	DA SILVA	06/07/97	Brie-Comte-Robert (77053)	297077705308739	chachadasilva@hotmail.com	Théo	Valentin
Marie	DURAND	11/05/93	Ermont (95219)	293059521900854	mariedurand511@hotmail.com	Nolan	Vincent
Chloé	PEREIRA	06/03/92	Villeneuve-Loubet (06161)	292030616108959	chloe-pereira@hotmail.com	Samuel	Anthony
Laura	DUPONT	21/09/92	Albertville (73011)	292097301109428	laura.dupont21@hotmail.com	Mathis	Pierre
				Identités masculines			
Alexis	GUERIN	06/07/95	Passy (74208)	195077420809473	alexisguerin2512@hotmail.com	Mathis	Camille
Nicolas	DAVID	15/09/96	Salon-de-Provence (13103)	196091310308116	nicolasdavid789@outlook.fr	Léo	Léa
David	MOREL	01/06/96	Chennevières-sur-Marne (94019)	196069401900982	morel.david123@hotmail.com	Liam	Sarah
Dylan	ROUSSEAU	19/09/93	Cherbourg-Octeville (50129)	193095012900215	dylan.rousseau9865@hotmail.com	Eden	Clémence
Julien	PETIT	26/03/93	Givors (69091)	193036909109565	julien-petit2323@hotmail.com	Arthur	Marine
Antoine	ROBERT	26/02/93	Canet-en-Roussillon (66037)	193026603709207	antoine-robert456@hotmail.com	Eliott	Alexia
Valentin	MERCIER	10/11/93	Oignies (62637)	193116263707329	valentin-mercier555@hotmail.com	Nathan	Charlotte
Vincent	HENRY	10/09/97	Saverne (67437)	197096743709023	henry19vincent@hotmail.com	Ethan	Marie
Anthony	LAURENT	15/11/95	Bègles (33039)	195113303902578	anthony_laurent789@hotmail.com	Noah	Chloé
Pierre	BERTRAND	04/07/96	Stiring-Wendel (57660)	196075766004567	pierre.bertrand25@hotmail.com	Raphaël	Laura

TABLEAU A3 – Identités des patients bénéficiaires de l'AME

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Commune de naissance (code Insee)	NIR	Courriel	Prénom de l'enfant	Prénom du·de la conjoint·e
				Identités féminines			
Fatou	N'DIAYE	16/10/93	Thiès (99341)	893109934103219	ndiayefatou99341@hotmail.com	Pape Moctar	Mamadou
Aminata	DIA	03/01/92	Guédia-waye (99341)	892019934109753	aminatadia341@hotmail.com	Abou	Moussa
Amy	CISSE	08/05/96	Thiès (99341)	896059934108035	amycisse99@hotmail.com	Salif	Abdou
Sophie	GOMIS	23/10/95	Ziguin-chor (99341)	895109934102030	sophiegomis99341@hotmail.com	Alphonse	Jean
Marie	TRAORE	22/10/94	Velingara (99341)	894109934109009	marietraore99@hotmail.com	Yerema-khan	Lamine
Mai-mouna	DRAME	14/06/92	Thiès (99341)	892069934106469	dramemaimouna@hotmail.com	Bassirou	Souley-mane
Mariama	DIOP	07/06/92	Guédia-waye (99341)	892069934100927	mariamadiop341@hotmail.com	Ngor	Seydou
Aissatou	THIAM	09/08/94	Thiès (99341)	894089934107193	aissatouthiam99341@hotmail.com	Barka	Abdou-laye
Seynabou	TOURE	01/06/96	Kedougou (99341)	896069934107160	seynaboutoure99341@hotmail.com	Lamine	Ibrahima
Dieynaba	GUEYE	14/10/93	Pikine (99341)	893109934103912	dieynabagueye99341@hotmail.com	Ibrahima	Samba
				Identités masculines			
Lamine	SY	13/06/93	Touba (99341)	793069934100433	laminesy99341@hotmail.com	Ousmane	Marie
Souley-mane	CAMARA	08/12/94	Kedougou (99341)	794129934106222	souleymanecamara1515@hotmail.com	Mayacine	Mai-mouna
Mamadou	NDIAYE	20/03/93	Guédia-waye (99341)	793039934107709	mamadoundiaye6789@hotmail.com	Malick	Fatou
Moussa	COULI-BALY	24/05/92	Kedougou (99341)	792059934103832	moussacoulibaly1990@outlook.fr	Mahamat	Aminata
Abdou-laye	SOW	16/08/95	Dakar (99341)	795089934100662	sowabdoulaye1995@hotmail.fr	Mousta-pha	Aissatou
Abdou	BA	13/04/97	Guédia-waye (99341)	797049934106634	abdouba54321@hotmail.com	Oumar	Amy
Seydou	DIALLO	08/11/97	Guédia-waye (99341)	797119934100909	dialloseydou1014@hotmail.com	Djibril	Mariama
Jean	MENDY	05/01/95	Ziguin-chor (99341)	795019934104310	jeanmendy208@hotmail.com	Gilbert	Sophie
Ibrahima	FALL	06/04/97	Touba (99341)	797049934104654	ibrahimafall24@hotmail.com	Macodou	Seynabou
Samba	DIOUF	16/04/93	Guédia-waye (99341)	793049934102181	sambadiouf42@hotmail.com	Waly	Dieynaba

Annexe B

Scripts d'appels et motifs de consultations

Cette annexe présente, par commodité de lecture, les trois possibilités de scripts en tant qu'« appel 1 », « appel 2 » et « appel 3 ». En pratique, l'application qui générait les scripts d'appels faisait varier de façon aléatoire l'ordre des motifs de consultation : les praticiens appelés se sont vu présenter les motifs dans un ordre tiré au sort. Ainsi, en moyenne, les motifs de consultation, tout comme les identités des patients, ont eu autant de chances d'être présentés en premier, en second ou en troisième appel.

B.1 Trame pour les généralistes et les ophtalmologues

- Appel 1 : Bonjour, je voudrais prendre un rendez-vous avec le Dr XXX s'il vous plaît.
- Appel 2 : Bonjour, je vous appelle pour prendre rendez-vous avec le Dr XXX.
- Appel 3 : Bonjour, c'est pour prendre un rendez-vous avec le Dr XXX.

+ Si patient AME : Je précise que j'ai l'AME. + Si patient CSS : J'ai la complémentaire santé solidaire. → Si question : « c'est comme la CMU-C, c'est ce qui a remplacé la CMU-C ».

B.1.1 Partie sur les motifs – généralistes

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rendez-vous – partie variable selon la spécialité du médecin]

Oui c'est pour quoi ?

- Appel 1 : J'ai mal au coude depuis quelque temps, ça devient gênant. (si demande : le coude droit)
- Appel 2 : C'est mon genou qui me fait mal en ce moment, pour marcher. (si demande : à gauche)
- Appel 3 : J'ai mal au poignet, là, et ça ne passe pas. (si demande : le droit)

[Autres aspects médicaux du motif de consultation]

Ça a commencé quand ?

- Appel 1 : depuis 2-3 mois, je dirais
- Appel 2 : depuis [dire le mois en cours moins 3 mois], [dire le mois en cours moins 2 mois]
- Appel 3 : depuis avant [repère temporel il y a 2 mois environ : avant Pâques, avant juin, avant l'été. . .]

B.1.2 Partie sur les motifs – ophtalmologues

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rendez-vous – partie variable selon la spécialité du médecin]

Oui c'est pour quoi ?

- Appel 1 : Je me suis rendu compte que je vois un peu flou, ça me gène
- Appel 2 : J'ai l'impression que ma vue a baissé, ces derniers temps
- Appel 3 : Je voudrais faire un examen pour savoir si je vois bien, j'ai l'impression de voir moins bien qu'avant

[Autres aspects médicaux du motif de consultation]

Ça a commencé quand ?

- Appel 1 : depuis 1 an ou 2, je dirais
- Appel 2 : depuis après le confinement de 2020
- Appel 3 : J'ai commencé à penser ça, c'était l'été il y a 2 ans

Et ça vous gène ?

- Appel 1 : Oui, pour lire les panneaux
- Appel 2 : Oui, au supermarché je vois plus les noms des rayons
- Appel 3 : Oui ça me gêne, pour lire le nom des rues par exemple

Vous portez déjà des lunettes ?

- Appel 1 : Non, pas encore...
- Appel 2 : Non, j'ai jamais eu de lunettes.
- Appel 3 : Non non, je porte pas de lunettes.

B.1.3 Retour partie commune généralistes/ophtalmologues

[Annonce que le patient n'est jamais venu avant]

Vous avez déjà consulté le Dr XXX ?

- Appel 1 : Non, ce sera la première fois.
- Appel 2 : Non, c'est la première fois que je vous appelle.
- Appel 3 : Non, je ne suis jamais venu(e).

[Éventuelles autres questions, cf. fiche informations patient] [histoires de vie à coller ici, ou bien elles se trouvent déjà ailleurs ?]

[Fin : prise de rendez-vous et annulation du rendez-vous immédiate (ou différée si annulation immédiate impossible)]

B.2 Trame pour les pédiatres

- Appel 1 : Bonjour, je voudrais prendre un rendez-vous pour mon fils avec le Dr XXX s'il vous plaît.
- Appel 2 : Bonjour, j'appelle pour prendre rendez-vous avec le Dr XXX, c'est pour mon fils.
- Appel 3 : : Bonjour, j'aurais besoin d'un rendez-vous avec le Dr XXX, pour qu'il/elle voit mon fils.

+ Si patient AME : Je précise que j'ai l'AME. + Si patient CSS : J'ai la complémentaire santé solidaire. → Si question : « c'est comme la CMU-C, c'est ce qui a remplacé la CMU-C »

B.2.1 Partie sur les motifs – pédiatres

[Si demande du secrétariat médical sur le motif du rendez-vous – partie variable selon la spécialité du médecin]

Oui c'est pour quoi ?

- Appel 1 : C'est parce que là, il marche bien, depuis au moins 1 an, mais il a toujours les pieds un peu tournés vers l'intérieur, vous voyez ? Surtout le pied droit. Comme ça ne passe pas, on dirait, je voudrais bien l'avis d'un pédiatre.
- Appel 2 : Ça fait un mois à peu près qu'il ne dort pas bien, il se réveille la nuit très souvent, du coup il est toujours fatigué, la journée. Je voudrais l'avis d'un pédiatre pour savoir d'où ça peut venir.

- Appel 3 : C'est pour avoir l'avis du Dr XXX sur sa croissance, il est très petit pour son âge. Là il a 8 ans [presque] et demi, il est en CE1 mais il fait la taille des CP, il met encore du 6 ans, ça nous inquiète.

Quel âge a-t-il ?/Quelle est sa date de naissance ?

- Appel 1 (pb de posture) : Il a 2 ans ½. Il est né le 10 novembre 2019 (pas encore scolarisé. Gardé par sa tante, en journée)
- Appel 2 (sommeil) : Il a 5 ans. Il est né le 21 mars 2017 (moyenne section).
- Appel 3 (croissance) : C'est le 2 janvier 2014 (CE1).

[Annonce que le patient n'est jamais venu avant] Vous avez déjà consulté le Dr XXX ?

- Appel 1 : Non, ce sera la première fois.
- Appel 2 : Non, c'est la première fois que je vous appelle.
- Appel 3 : Non, je ne suis jamais venu(e).

[Si prise de rendez-vous : informations sur l'enfant, pour la construction des identités présentées en annexe A (NDDelphine : plutôt rapatrier ces informations ailleurs → Dans le corps du rapport, au moment où on décrit la construction des identités]

[Prénom enfant population de référence] tiré dans la liste des prénoms de garçons présents dans le top 50 des prénoms de garçons les plus donnés, à la fois en 2014, 2017 et 2019, et suggérant une origine majoritaire :

Aaron / Adam / Antoine / Arthur / Clément / Eden / Eliott / Enzo / Ethan / Evan / Gabin / Gabriel / Hugo / Jules / Léo / Léon / Liam / Louis / Lucas / Maël / Mathéo / Mathis / Naël / Nathan / Noah / Nolan / Paul / Raphaël / Sacha / Samuel / Théo / Timéo.

[Prénom enfant d'origine sénégalaise] : sont liés à l'origine des parents, au sein des personnes d'origine sénégalaise → liste en fonction des noms des parents.

[Fin : prise de rendez-vous et annulation du rendez-vous immédiate (ou différée si annulation immédiate impossible)]

[Éventuelles autres questions, présentées sur la fiche "information patient" que l'enquêteur aura devant les yeux]

Vous avez un pédiatre avant ? [-> secteur 1 sur Doctolib]

Appel 1 95500 PONTOISE Oui, c'était le Dr MNIF à Cergy 304 Les Chênes Verts 95000 Cergy Appel 2 77294 MITRY-MORY Oui, le Dr COLY à Tremblay 29 Av. Henri Barbusse, 93290 Tremblay-en-France Appel 3 91570 SAINT MICHEL SUR ORGE Oui, le Dr LASSOUANE à Grigny Dr Boubekeur LASSOUANE POLE SANTE SAINT EXUPERY 12 PLACE HENRI BARBUSSE, 91352 GRIGNY

Il est à jour de ses vaccins ? Oui oui, ça oui il en a fait plein des vaccins. On a fait tous les rendez-vous, il est à jour. Oui on a fait les derniers il y a 1 an environ. Ah oui on a tout fait, avec le Dr Lassouane notre ancien pédiatre !

Annexe C

Application de saisie des données

Les données ont été collectées par le biais d'une application *Shiny* soutenue par un *package* dédié (RefusDeSoin), qui permet de lire et d'écrire des données dans une base postgresql. Chaque enquêteur dispose d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe pour se connecter, ce qui permet à l'application de les identifier. Le protocole expérimental implique qu'un médecin échantillonné doit être appelé par trois patients ou patientes.

Construction de la liste des priorités

Chaque matin, un programme tourne de manière automatique pour construire le réservoir des médecins à enquêter. En premier lieu, on cherche à rappeler les professionnels qui ont déjà fait l'objet d'une tentative de prise de rendez-vous par un autre enquêteur. On sélectionne ainsi tous les praticiens qui ont été appelés plus d'une fois, strictement moins de trois fois et pour qui la date du dernier appel remonte à plus de deux jours afin de limiter le risque de détection.

On complète ensuite cette population en sélectionnant aléatoirement des médecins à appeler pour la première fois, de telle sorte qu'on atteigne un certain nombre de professionnels par genre et statut de patients.

À chaque praticien est associé un rang qui dénote la priorité de l'appel. Il est

d'autant plus prioritaire de rappeler un professionnel qui a été appelé par un autre enquêteur il y a longtemps. Tous les praticiens appelés pour la première fois sont à égalité à la priorité minimum.

Onglet « Appeler un praticien »

L'onglet principal de l'application est lié aux appels de professionnels. Un bouton permet d'obtenir à la fois les coordonnées du prochain praticien de file, l'identité du patient qui a été tirée, et le script sélectionné. L'enquêteur peut ainsi prendre le temps de se familiariser avec les paramètres de l'appel. Quand il est prêt, le bouton « Lancer l'appel » permet d'horodater le moment du début de l'enquête et de rentrer dans le questionnaire à proprement parler.

Pendant l'enquête, on ne pose que des questions basiques à l'enquêteur afin de ne pas troubler sa concentration : le numéro est-il le bon, a-t-il réussi à joindre quelqu'un au téléphone, un rendez-vous a-t-il été proposé ? Si un rendez-vous est proposé, l'enquêteur en saisit la date. Il peut s'agir d'un créneau. En cas de rendez-vous obtenu, des motifs de déclin sont proposés à l'enquêteur (voir ci-après).

S'il s'agit d'un mauvais numéro, un champ permet d'en proposer un autre, ce qui met fin à l'appel. Le professionnel sort de la liste des priorités. Si le numéro est le bon mais que l'enquêteur n'arrive à joindre personne, le praticien recule dans la liste des priorités et est susceptible d'être re-proposé plus tard.

Si une conversation a eu lieu, appuyer sur le bouton « Finir l'appel » permet d'horodater la fin de l'appel. Un questionnaire plus approfondi est alors proposé, notamment sur les conditions du rendez-vous, les raisons de son éventuel refus et l'attitude de l'interlocuteur envers l'enquêteur. Le graphique C1 présente schématiquement les données collectées concernant l'appel.

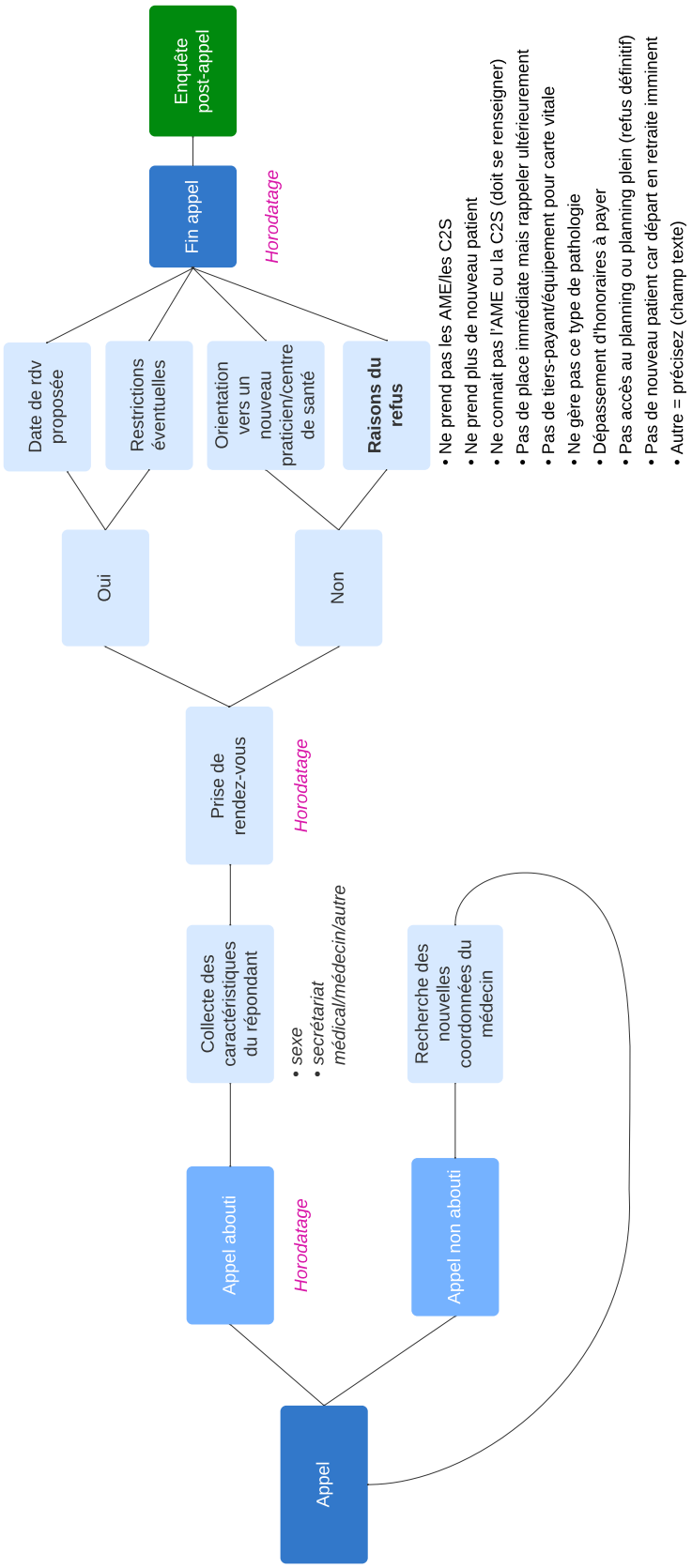
Bouton « Ajouter des praticiens »

Quand l'enquêteur a épuisé son réservoir quotidien de professionnels, un bouton permet d'ajouter 30 nouveaux praticiens. Ces praticiens sont sélectionnés dans la population des professionnels qui n'ont jamais fait l'objet d'une tentative de prise de rendez-vous.

Onglet « Enrichir la base »

Un autre onglet permet de se voir proposer des praticiens et d'enregistrer des informations récupérées sur Doctolib : présence ou non sur la plateforme, acceptation de la carte vitale, honoraires, langues parlées, prise de nouveaux patients, moyens de paiement possibles, mention éventuelle des statuts AME, CSS ou CMU (CMU-C). L'objectif est d'avoir une source complémentaire à mettre face aux informations contenues dans l'Annuaire Santé, qui peut contenir des données manquantes ou erronées. Chaque enrichissement est horodaté.

GRAPHIQUE C1 – Données collectées lors de l'enquête



Annexe D

Non-réponse

TABLEAU D1 – Probabilité de répondre à l'enquête en fonction de la strate du praticien

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Constante	1.595***	1.440***	1.360***
	(0.120)	(0.294)	(0.371)
Secteur 1 X Densité faible X Part CSS forte	−0.335	3.771	−0.518
	(0.227)	(153.809)	(0.739)
Secteur 1 X Densité forte X Part CSS faible	−0.055	−0.134	0.019
	(0.145)	(0.308)	(0.380)
Secteur 1 X Densité forte X Part CSS forte	0.072	−0.057	−0.131
	(0.181)	(0.342)	(0.395)
Secteur 2 X Densité faible X Part CSS faible	3.616	0.205	3.851
	(133.203)	(0.445)	(100.692)
Secteur 2 X Densité forte X Part CSS faible	−0.785***	0.176	0.216
	(0.211)	(0.306)	(0.385)
Secteur 2 X Densité forte X Part CSS forte	−0.575	0.013	0.094
	(0.439)	(0.329)	(0.404)
Secteur 2 X Densité faible X Part CSS forte		3.771	3.851
		(153.809)	(266.405)
AIC	643.013	667.504	684.746
BIC	679.225	708.884	725.781
Log Likelihood	−314.506	−325.752	−334.373
Deviance	629.013	651.504	668.746
Num. obs.	1304	1303	1248

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$

Annexe E

Résultats complémentaires

E.1 Champ des appels aboutis

E.1.1 Statistiques descriptives

Statistiques sur les praticiens de cet échantillon

Tableau E1 – **Caractéristiques des praticiens de l'échantillon**

	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Activité libérale	95,1	89,2	82,7
Secteur 1	94,1	38,2	54,9
Adhérent OPTAM	3,1	15,3	29
Carte vitale	95,3	93,9	93,7
Femmes	40,3	39,6	67,8
Adresse partagée	16,4	12,5	19,7
Effectifs	1 215	1 212	1 152

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les praticiens qui ont pu être joints au moins une fois, 95,1 % des généralistes exercent en activité libérale.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Statistiques sur les interlocuteurs de cet échantillon

Tableau E2 – Nature du répondant

	Médecins (%)	Secrétaires (%)	Inconnu(e)s (%)	Répondeurs (%)
Généralistes	22,4	65,1	8,5	4,1
Ophtalmologues	3,2	84,6	8,6	3,6
Pédiatres	16,3	71	7,8	4,9
Ensemble	14	73,5	8,3	4,2

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 65,1 % des appels vers des généralistes ont conduit à un contact avec un secrétariat.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Statistiques sur le taux d'obtention de rendez-vous

Tableau E3 – Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité

	Ensemble (%)	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Rendez-vous pour aucun	34,9	41,3	22,8	40,9
Rendez-vous pour un patient	20,1	21,6	17,2	21,5
REF seulement	8,7	9,3	8,3	8,3
AME seulement	4,2	4,6	2,6	5,6
CSS seulement	7,2	7,7	6,2	7,6
Rendez-vous pour deux patients	21,4	19	27,2	17,9
REF + AME	5,2	4,5	5,7	5,3
REF + CSS	12	10,3	16,9	8,7
CSS + AME	4,2	4,2	4,6	3,9
Rendez-vous pour tous	23,6	18,1	32,8	19,7
Nombre praticiens	3 579	1 215	1 212	1 152

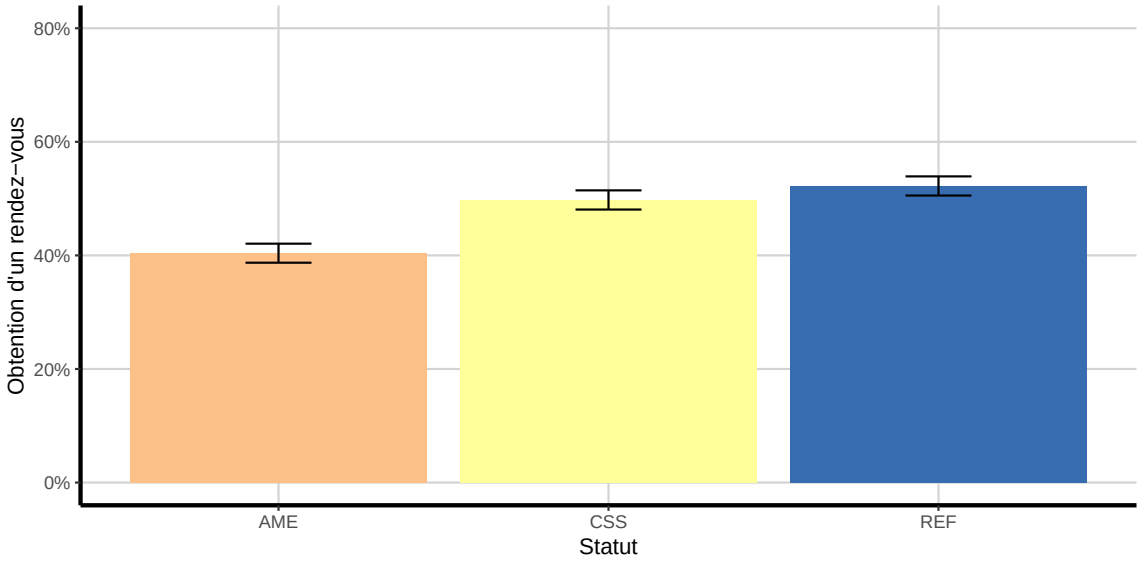
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : parmi les praticiens qui ont été joints au moins une fois, 21,6 % des généralistes n'ont donné rendez-vous à aucun patient et, en particulier, 9,3 % n'ont donné rendez-vous qu'au patient de référence seulement.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Tableau E4 – Rendez-vous obtenus selon le statut et le genre du patient, par spécialité

	Généralistes		Ophtalmologues		Pédiatres	
	Patientes	Patients	Patientes	Patients	Patientes	Patients
AME	32,5 %	33,6 %	58,8 %	43,2 %	37,2 %	38 %
CSS	41,9 %	42,4 %	63,9 %	64,7 %	42,5 %	42,6 %
REF	43,1 %	45,1 %	70,1 %	66,9 %	47 %	41,5 %
Ensemble	39,1 %	40,4 %	64,2 %	58,7 %	42,3 %	40,8 %

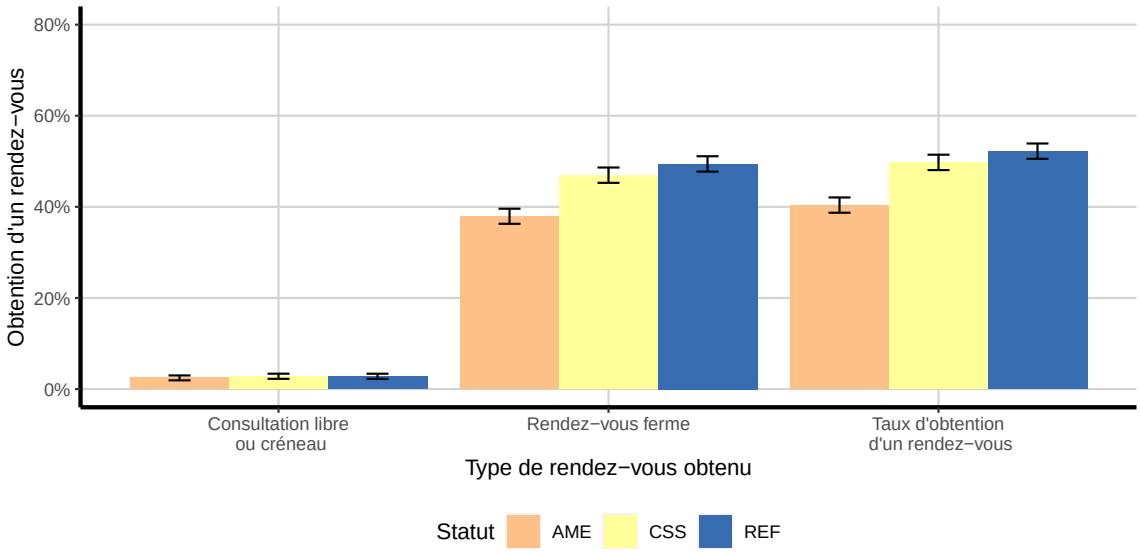
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 32,5 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous chez un généraliste.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E1 – Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient



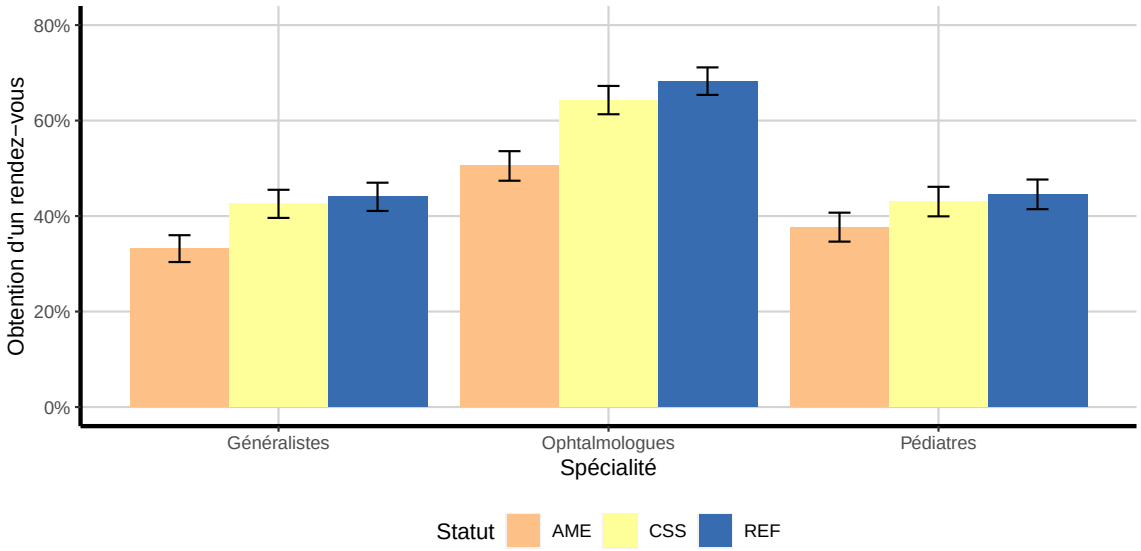
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 40,4 % des appels aboutis effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous, tous types de rendez-vous confondus.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E2 – Type de rendez-vous proposé, par statut



Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 40,4 % des appels aboutis effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous, tous types de rendez-vous confondus.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E3 – Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité



Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : 33,1 % des appels aboutis effectués par des patients bénéficiaires de l'AME à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Délais d'obtention d'un rendez-vous

TABLEAU E5 – Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité

	Min.	D1	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	D9	Max.	D9/D1
Généralistes									
AME	0	1	1	3	8,6	8	21	237	21
CSS	0	0	1	4	6,7	7	15	151	
REF	0	1	1	4	7,9	8	17,3	250	17,3
Ophtalmologues									
AME	0	5	16	41	58,4	77	131	467	26,2
CSS	0	4	10	33	54,6	76	133,6	489	33,4
REF	0	3	12	38	58,2	79	139	497	46,3
Pédiatres									
AME	0	1	5	14	26,1	42	70	137	70
CSS	0	2	5	18	28,8	43	71	170	35,5
REF	0	2	5	16	27,8	42	69,6	182	34,8

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : en cas de rendez-vous, la moitié des généralistes donnent un rendez-vous aux bénéficiaires de l'AME au plus tard 3 jours après la date de l'appel, contre 4 jours pour les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.1.2 Résultats économétriques

TABLEAU E6 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.514***	0.286***	0.286***	0.286***
	(0.010)	(0.044)	(0.045)	(0.050)
CSS	−0.025*	−0.009	−0.002	−0.002
	(0.012)	(0.012)	(0.016)	(0.012)
AME	−0.119***	−0.106***	−0.112***	−0.112***
	(0.012)	(0.012)	(0.016)	(0.014)
Patiente	0.019	0.018	0.019	0.019
	(0.010)	(0.009)	(0.016)	(0.016)
CSS x patiente			−0.016	−0.016
			(0.022)	(0.016)
AME x patiente			0.012	0.012
			(0.023)	(0.018)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0.011	0.146	0.146	0.146
Adj. R^2	0.01	0.141	0.141	0.141
N obs.	10 074	10 074	10 074	10 074
N praticiens				3 579

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E7 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	2.764***	0.998**	1.015**	1.015**
	(0.039)	(0.312)	(0.310)	(0.327)
CSS	−0.048	−0.055	−0.044	−0.044
	(0.049)	(0.040)	(0.055)	(0.043)
AME	−0.019	−0.015	−0.111	−0.111*
	(0.053)	(0.044)	(0.062)	(0.053)
Patiente	0.016	−0.054	−0.098	−0.098
	(0.042)	(0.035)	(0.056)	(0.056)
CSS x patiente			−0.025	−0.025
			(0.080)	(0.062)
AME x patiente			0.190*	0.190**
			(0.088)	(0.072)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0	0.342	0.343	0.343
Adj. R^2	0	0.335	0.336	0.336
N obs.	4 516	4 516	4 516	4 516
N praticiens				2 233

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E8 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.004	−0.013	−0.021	0.005
	(0.015)	(0.015)	(0.014)	(0.016)
AME	−0.101***	−0.097***	−0.160***	−0.055**
	(0.016)	(0.017)	(0.017)	(0.017)
Patiente	0.018	−0.018	0.055**	0.015
	(0.013)	(0.022)	(0.020)	(0.023)
Ophtalmologues	0.250***			
	(0.021)			
Pédiatres	0.010			
	(0.022)			
CSS x ophtalmologues	−0.017			
	(0.020)			
AME x ophtalmologues	−0.057**			
	(0.022)			
CSS x pédiatres	0.003			
	(0.021)			
AME x pédiatres	0.042			
	(0.022)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.147	0.115	0.221	0.095
Adj. R^2	0.142	0.102	0.209	0.081
N obs.	10 074	3 477	3 364	3 233
N praticiens	3 579	1 215	1 212	1 152

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E9 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.026	−0.004	−0.024	0.016
	(0.016)	(0.015)	(0.021)	(0.020)
AME	−0.115***	−0.097***	−0.091***	−0.147***
	(0.018)	(0.018)	(0.023)	(0.024)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.136	0.128	0.242	0.209
Adj. R^2	0.122	0.115	0.22	0.189
N obs.	3 061	3 260	1 759	1 994
N praticiens	1 094	1 144	634	707

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E10 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.071	−0.090	−0.061	−0.050
	(0.059)	(0.058)	(0.046)	(0.059)
AME	−0.014	−0.026	0.063	−0.176*
	(0.066)	(0.065)	(0.055)	(0.070)
Patiente	−0.058	−0.174**	0.055	−0.120
	(0.046)	(0.067)	(0.074)	(0.086)
Ophtalmologues	1.662***			
	(0.077)			
Pédiatres	1.043***			
	(0.075)			
CSS x ophtalmologues	0.002			
	(0.075)			
AME x ophtalmologues	0.106			
	(0.083)			
CSS x pédiatres	0.051			
	(0.083)			
AME x pédiatres	−0.155			
	(0.093)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.344	0.131	0.135	0.163
Adj. R^2	0.336	0.094	0.114	0.131
N obs.	4 516	1 167	2 032	1 317
N praticiens	2 233	625	933	675

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E11 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.067	−0.123*	−0.109	0.064
	(0.060)	(0.056)	(0.071)	(0.065)
AME	0.064	−0.168*	0.077	−0.073
	(0.070)	(0.070)	(0.079)	(0.088)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.418	0.391	0.246	0.21
Adj. R^2	0.394	0.368	0.206	0.17
N obs.	1 225	1 330	964	997
N praticiens	608	674	454	497

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E12 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.014	−0.015	−0.031	−0.004
	(0.011)	(0.016)	(0.020)	(0.020)
AME	−0.102***	−0.100***	−0.141***	−0.065**
	(0.012)	(0.017)	(0.024)	(0.022)
Patiente	0.018	−0.018	0.055**	0.015
	(0.013)	(0.022)	(0.020)	(0.023)
Secteur 2	0.013	−0.033	0.056*	−0.058
	(0.020)	(0.078)	(0.027)	(0.036)
CSS x secteur 2	0.013	0.041	0.016	0.020
	(0.017)	(0.064)	(0.026)	(0.030)
AME x secteur 2	−0.012	0.047	−0.030	0.022
	(0.019)	(0.063)	(0.031)	(0.032)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.146	0.115	0.221	0.095
Adj. R^2	0.141	0.102	0.209	0.08
N obs.	10 074	3 477	3 364	3 233
N praticiens	3 579	1 215	1 212	1 152

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E13 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.092*	−0.106	−0.120	−0.056
	(0.041)	(0.059)	(0.075)	(0.079)
AME	−0.066	−0.033	0.094	−0.296**
	(0.047)	(0.068)	(0.085)	(0.094)
Patiente	−0.055	−0.174**	0.054	−0.122
	(0.046)	(0.067)	(0.074)	(0.086)
Secteur 2	−0.064	0.105	−0.153	−0.008
	(0.074)	(0.285)	(0.101)	(0.132)
CSS x secteur 2	0.084	0.248	0.088	0.015
	(0.062)	(0.246)	(0.095)	(0.116)
AME x secteur 2	0.119	0.111	−0.048	0.271*
	(0.071)	(0.228)	(0.107)	(0.133)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.343	0.132	0.136	0.165
Adj. R^2	0.335	0.093	0.114	0.132
N obs.	4 516	1 167	2 032	1 317
N praticiens	2 233	625	933	675

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E14 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.004	0.001	−0.007	−0.019
	(0.012)	(0.020)	(0.017)	(0.027)
AME	−0.130***	−0.106***	−0.182***	−0.080**
	(0.013)	(0.021)	(0.021)	(0.030)
Patiente	0.018	−0.018	0.054**	0.015
	(0.013)	(0.022)	(0.021)	(0.023)
Praticienne	−0.055**	−0.063*	−0.009	−0.090**
	(0.017)	(0.030)	(0.026)	(0.033)
CSS x praticienne	−0.010	−0.033	−0.031	0.035
	(0.016)	(0.030)	(0.027)	(0.032)
AME x praticienne	0.050**	0.022	0.059	0.037
	(0.018)	(0.032)	(0.031)	(0.035)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.146	0.116	0.22	0.094
Adj. R^2	0.142	0.103	0.208	0.079
N obs.	10 074	3 477	3 364	3 233
N praticiens	3 579	1 215	1 212	1 152

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E15 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.047	−0.058	−0.050	−0.078
	(0.041)	(0.069)	(0.059)	(0.096)
AME	−0.016	−0.006	0.010	−0.175
	(0.049)	(0.077)	(0.071)	(0.113)
Patiente	−0.055	−0.171*	0.054	−0.121
	(0.046)	(0.067)	(0.074)	(0.086)
Praticienne	0.171**	0.064	0.048	0.440***
	(0.059)	(0.095)	(0.093)	(0.112)
CSS x praticienne	−0.018	−0.081	−0.045	0.043
	(0.062)	(0.126)	(0.095)	(0.120)
AME x praticienne	0.002	−0.050	0.126	0.001
	(0.070)	(0.133)	(0.106)	(0.140)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.342	0.13	0.134	0.162
Adj. R^2	0.335	0.092	0.112	0.13
N obs.	4 516	1 167	2 032	1 317
N praticiens	2 233	625	933	675

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.

TABLEAU E16 – Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Appels aboutis

	Obtenir un RDV			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.108	0.097	−1.348***	−1.348***
	(0.092)	(0.095)	(0.338)	(0.367)
CSS	−0.102*	−0.055	0.004	0.004
	(0.049)	(0.067)	(0.073)	(0.054)
AME	−0.462***	−0.504***	−0.546***	−0.546***
	(0.050)	(0.070)	(0.075)	(0.063)
Patiente	0.076	0.083	0.084	0.084
	(0.041)	(0.069)	(0.075)	(0.074)
CSS x patiente		−0.099	−0.109	−0.109
		(0.098)	(0.106)	(0.077)
AME x patiente		0.084	0.052	0.052
		(0.101)	(0.108)	(0.086)
Contrôles appel	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs clusterisées	Non	Non	Non	Oui
AIC	13853.730	13854.411	12307.498	12307.498
BIC	13998.084	14013.201	12697.254	12697.254
Log-vraisemblance	−6906.865	−6905.205	−6099.749	−6099.749
Déviance	13813.730	13810.411	12199.498	12199.498
N obs.	10074	10074	10074	10074

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E17 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.023**	−0.016
	(0.009)	(0.009)
AME	−0.118***	−0.112***
	(0.009)	(0.009)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.675	0.686
Adj. R^2	0.495	0.511
N obs.	10074	10074
RMSE	0.355	0.349

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E18 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.070*	−0.071*
	(0.030)	(0.030)
AME	−0.029	−0.059
	(0.033)	(0.034)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.854	0.858
Adj. R^2	0.711	0.716
N obs.	4516	4516
RMSE	0.756	0.750

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

Motifs de refus par spécialité

TABLEAU E19 – Motifs de refus pour les patients CSS

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	439 (61,1 %)	137 (29,5 %)	298 (41,6 %)
Pathologie non gérée	68 (9,5 %)	47 (10,1 %)	106 (14,8 %)
Doctolib uniquement	49 (6,8 %)	79 (17 %)	122 (17 %)
Pas de place définitivement	51 (7,1 %)	68 (14,6 %)	56 (7,8 %)
Pas de place temporairement	41 (5,7 %)	60 (12,9 %)	58 (8,1 %)
Retraite	20 (2,8 %)	35 (7,5 %)	28 (3,9 %)
Autre motif	22 (3,1 %)	18 (3,9 %)	26 (3,6 %)
Localisation	15 (2,1 %)	1 (0,2 %)	1 (0,1 %)
Dépassement honoraires	2 (0,3 %)	4 (0,9 %)	3 (0,4 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	2 (0,3 %)	2 (0,4 %)	2 (0,3 %)
Refus AME ou CSS	6 (0,8 %)	14 (3 %)	12 (1,7 %)
Méconnaissance AME ou CSS	4 (0,6 %)	0 (0 %)	4 (0,6 %)
Nombre de refus	671	407	621
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,2
Nombre de réponses	719 (100 %)	465 (100 %)	716 (100 %)

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : les généralistes ont invoqué à 439 patients bénéficiaires de la CSS le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 61,1 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de la CSS.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E20 – Motifs de refus pour les patients AME

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	475 (58,1 %)	136 (23,1 %)	272 (37,6 %)
Pathologie non gérée	51 (6,2 %)	32 (5,4 %)	77 (10,6 %)
Doctolib uniquement	57 (7 %)	157 (26,7 %)	106 (14,6 %)
Pas de place définitivement	46 (5,6 %)	55 (9,3 %)	55 (7,6 %)
Pas de place temporairement	71 (8,7 %)	60 (10,2 %)	81 (11,2 %)
Retraite	29 (3,5 %)	21 (3,6 %)	18 (2,5 %)
Autre motif	28 (3,4 %)	17 (2,9 %)	29 (4 %)
Localisation	19 (2,3 %)	3 (0,5 %)	5 (0,7 %)
Dépassement honoraires	4 (0,5 %)	17 (2,9 %)	7 (1 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	5 (0,8 %)	2 (0,3 %)
Refus AME ou CSS	27 (3,3 %)	76 (12,9 %)	51 (7 %)
Méconnaissance AME ou CSS	11 (1,3 %)	10 (1,7 %)	21 (2,9 %)
Nombre de refus	773	537	659
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,1
Nombre de réponses	818 (100 %)	589 (100 %)	724 (100 %)

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : les généralistes ont invoqué à 475 patients bénéficiaires de l'AME le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 58,1 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Motifs de refus par statut

TABLEAU E21 – Motifs de refus, par statut

	AME	CSS	REF
Pas nouveaux patients	883 (41.4 %)	874 (46 %)	847 (47.1 %)
Pathologie non gérée	160 (7.5 %)	221 (11.6 %)	216 (12 %)
Doctolib uniquement	320 (15 %)	250 (13.2 %)	248 (13.8 %)
Pas de place définitivement	156 (7.3 %)	175 (9.2 %)	169 (9.4 %)
Pas de place temporairement	212 (9.9 %)	159 (8.4 %)	156 (8.7 %)
Retraite	68 (3.2 %)	83 (4.4 %)	84 (4.7 %)
Autre motif	74 (3.5 %)	66 (3.5 %)	50 (2.8 %)
Localisation	27 (1.3 %)	17 (0.9 %)	21 (1.2 %)
Dépassement honoraires	28 (1.3 %)	9 (0.5 %)	4 (0.2 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	7 (0.3 %)	6 (0.3 %)	1 (0.1 %)
Refus AME ou CSS	154 (7.2 %)	32 (1.7 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	42 (2 %)	8 (0.4 %)	1 (0.1 %)
Nombre de réponses	2131 (100 %)	1900 (100 %)	1797 (100 %)

Champ : ensemble des appels effectués pendant la durée du *testing*.
Lecture : le motif « pas de nouveaux patients » a été invoqué pour 883 patients bénéficiaires de l'AME, soit dans 41,4 % des cas de refus adressés aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.2 Champ des appels complets

E.2.1 Statistiques descriptives

Statistiques sur les praticiens de cet échantillon

TABLEAU E22 – **Caractéristiques des praticiens de l'échantillon**

	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Activité libérale	95	88,7	82,8
Secteur 1	94,3	38,1	54,3
Adhérent OPTAM	2,8	14,4	29,4
Carte vitale	95,9	94	94,2
Femmes	40,7	39,6	68
Adresse partagée	17,3	12,1	19,1
Effectifs	1 088	1 008	990

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : parmi les praticiens qui ont été joints par les trois patients, 95,0 % des généralistes exercent en activité libérale.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.2.2 Étude de l'effet du lieu géographique sur l'accès aux soins

Taux d'obtention d'un rendez-vous par région, spécialité et profil de patients

Nous présentons dans cette section les taux d'obtention de rendez-vous puis les écarts entre les différents profils de patients, par région et par spécialité. Les résultats sont présentés à titre indicatif compte tenu du faible nombre de tests complets par spécialité et région. Nous montrons ensuite les résultats de régression où on étudie l'effet de la densité de population sur le taux d'obtention d'un rendez-vous et sur la discrimination selon plusieurs indicateurs (zones sous-denses définies par l'Insee, critères d'accessiblité potentielle localisée définie par la DREES).

TABLEAU E23 – Taux de rendez-vous (%) et nombre de tests complets, par région et spécialité

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres	Ensemble
Grand Est	48,7 (106)	49,2 (82)	43,1 (102)	46,9 (290)
Nouvelle-Aquitaine	48,4 (117)	70,4 (99)	50,5 (70)	56,5 (286)
Auvergne-Rhône-Alpes	29,3 (150)	54,9 (125)	28,5 (132)	36,9 (407)
Normandie	39,8 (41)	52,5 (33)	40,5 (37)	43,8 (111)
Bourgogne-Franche-Comté	39,6 (37)	58,3 (40)	58,6 (37)	52,3 (114)
Bretagne	45,3 (53)	40 (50)	44,8 (32)	43,2 (135)
Centre-Val de Loire	35,9 (39)	50,8 (42)	40,2 (29)	42,7 (110)
Corse	80 (5)	88,9 (6)	61,1 (6)	76,5 (17)
Île-de-France	33,3 (147)	68,4 (177)	40,3 (221)	47,5 (545)
Occitanie	38,1 (132)	62,6 (107)	40,5 (98)	46,6 (337)
Hauts-de-France	35,9 (102)	52,7 (67)	47,6 (49)	43,7 (218)
Pays de la Loire	35,8 (40)	63,5 (42)	41,5 (41)	47,2 (123)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	49,3 (119)	71,7 (138)	44,9 (136)	55,6 (393)

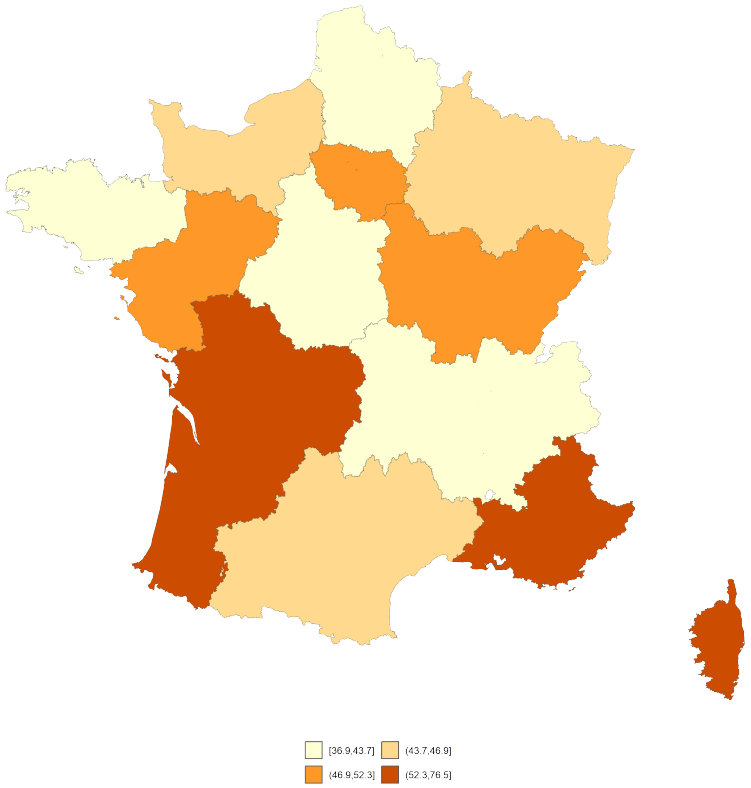
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 407 tests complets ont été réalisés dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Le taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un généraliste est de 29,3 %. Il est de 36,9 % toutes spécialités confondues.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Les taux d'obtention d'un rendez-vous varient selon la région d'exercice du praticien. D'après le tableau E23 et le graphique E4, toutes spécialités confondues, les taux d'obtention d'un rendez-vous sont plus élevés dans les régions Nouvelle-

Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur (respectivement 56,5 % et 55,6 %) que dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes ou Centre-Val-de-Loire (respectivement 36,9 % et 42,7 %). Si les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nouvelle Aquitaine ont des taux d'accès aux soins plus élevés que dans les autres régions pour chaque spécialité médicale, à l'inverse les régions Centre-Val-de-Loire et Auvergne-Rhône-Alpes ont des taux plus faibles pour chaque spécialité.

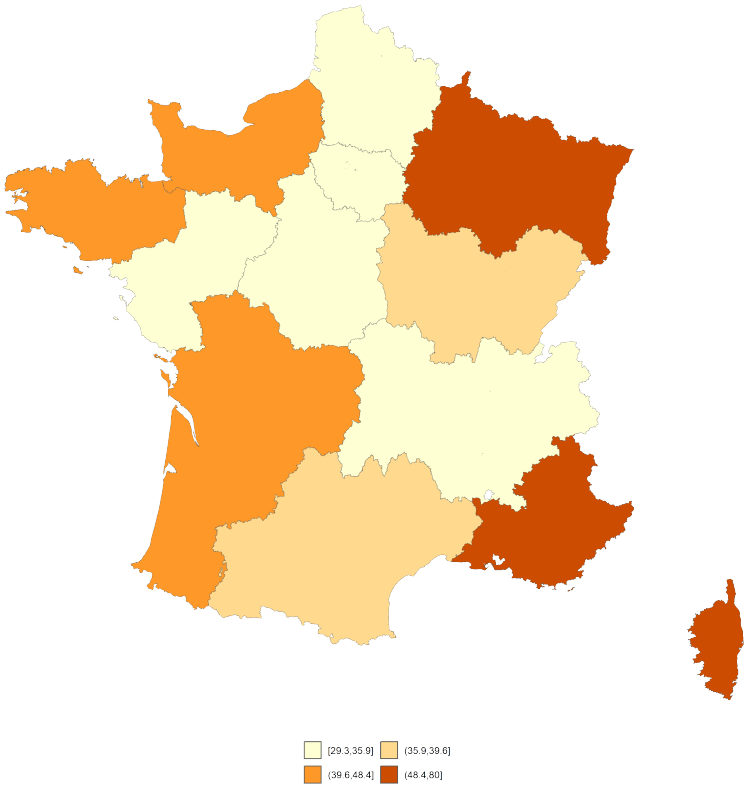
Certaines autres régions présentent des disparités selon la spécialité considérée. Ainsi, si les taux d'obtention de rendez-vous auprès des généralistes et des pédiatres sont plus élevés en Bretagne (respectivement 45,3 % et 44,8 %) qu'en Île-de-France (respectivement 33,3 % et 40,3 %), le taux d'obtention d'un rendez-vous chez une ophtalmologue est *a contrario* plus élevé en Île-de-France (68,4 %) qu'en Bretagne (40 %) (graphiques E5, E6 et E7).

GRAPHIQUE E4 – Taux d'obtention d'un rendez-vous par région



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 36,9 % des patients ont obtenu un rendez-vous dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, toutes spécialités confondues.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

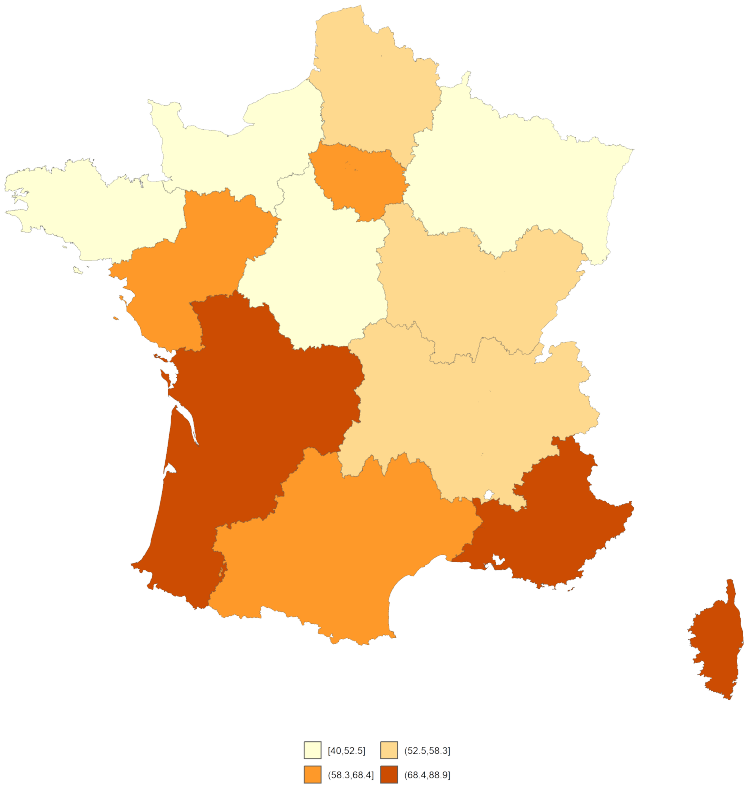
GRAPHIQUE E5 – Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un généraliste par région



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 29,3 % des patients ont obtenu un rendez-vous auprès d'un généraliste dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Le graphique E8 présente les écarts observés entre le taux d'obtention moyen d'un rendez-vous d'un patient de référence et celui d'un bénéficiaire de l'AME par région. Dans toutes les régions, les patients bénéficiaires de l'AME ont des taux d'obtention d'un rendez-vous plus faibles que ceux des patients de référence. Les écarts de taux d'obtention d'un rendez-vous entre ces deux profils de patients sont néanmoins plus forts dans certaines régions comme en Île-de-France (écart de 12,2 points de pourcentage), en Hauts-de-France (10,4 points), en Occitanie (10,4 points) ou en Normandie (10,3 points). A l'inverse, les écarts sont plus faibles en Bretagne (1,1 point) ou en Nouvelle Aquitaine (5,1 points) (tableau E24). Les écarts d'obtention de rendez-vous entre les patients bénéficiaires de l'AME et les patients de référence dans chaque région et selon les spécialités médicales sont

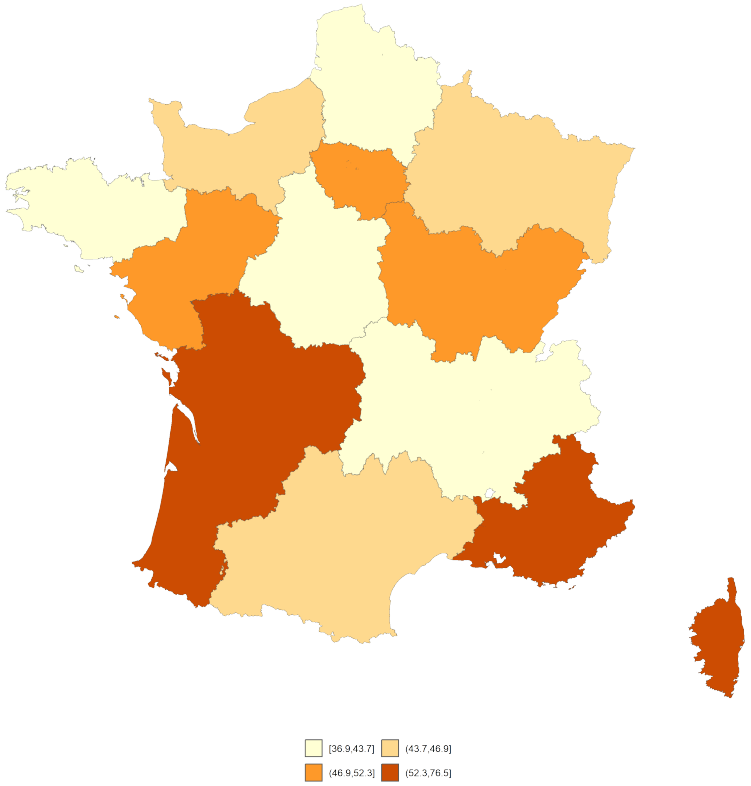
GRAPHIQUE E6 – Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un ophtalmologue par région



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 54,9 % des patients ont obtenu un rendez-vous auprès d'un opthalmologue dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

présentés dans le tableau E24 et les graphiques E9, E10 et E11. Globalement, les régions comme l'Île-de-France, les Hauts-de-France, l'Occitanie et la Normandie ont des écarts plus élevés pour chaque spécialité médicale, tandis que la Bretagne et le Grand Est ont des écarts plus faibles.

Graphique E7 – Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un pédiatre par région



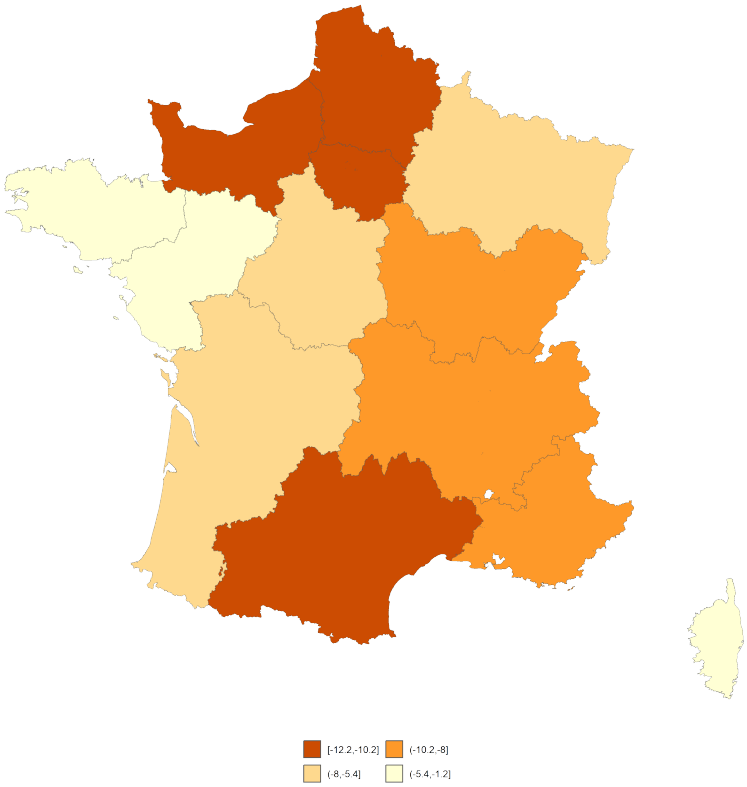
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 28,5 % des patients ont obtenu un rendez-vous auprès d'un pédiatre dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E24 – Écarts de taux d'obtention de rendez-vous entre les patients de référence et les bénéficiaires de l'AME, par région (%)

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres	Ensemble	Nombre de tests complets
Grand Est	-4.50	-9.10	-3.80	-5.60	290
Nouvelle-Aquitaine	-8.80	-2.30	-5.60	-5.40	286
Auvergne-Rhône-Alpes	-9.90	-8.20	-7.10	-8.50	407
Normandie	-8.20	-11.50	-11.10	-10.30	111
Bourgogne-Franche-Comté	-15.90	-5.70	-6.20	-8.40	114
Bretagne	-5.60	-1.60	7.00	-1.20	135
Centre-Val de Loire	-4.70	-9.40	-5.70	-7.10	110
Corse	0.00	-6.30	0.00	-2.60	17
Île-de-France	-12.20	-14.60	-9.00	-12.20	545
Occitanie	-10.60	-12.40	-5.90	-10.20	337
Hauts-de-France	-14.60	-11.30	-2.90	-10.50	218
Pays de la Loire	2.30	-8.80	-5.90	-5.10	123
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-9.70	-10.40	-2.80	-8.00	393

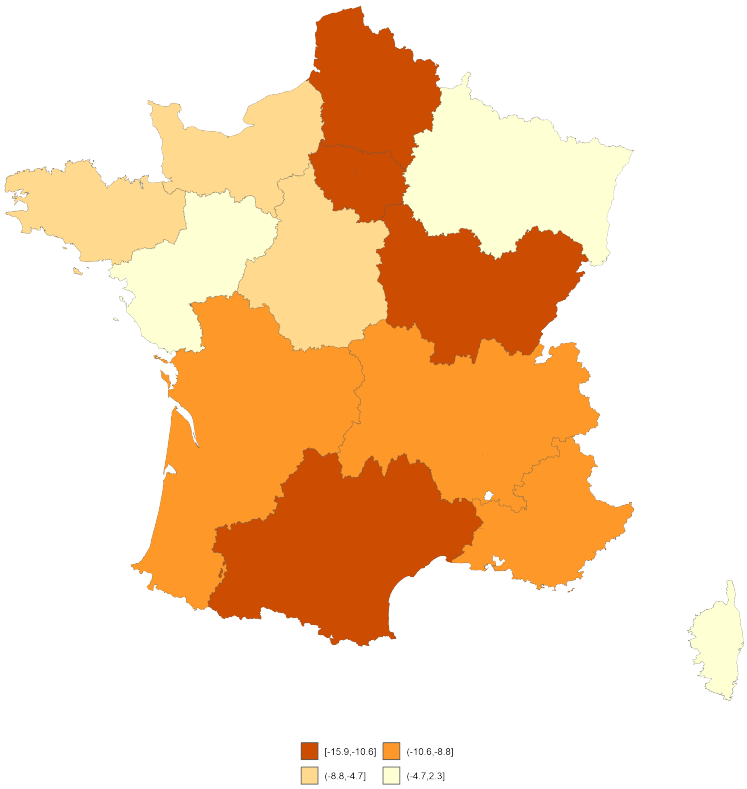
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 407 tests complets ont été réalisés en Auvergne-Rhône-Alpes. L'écart de taux d'obtention d'un rendez-vous entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est - 8,5 points de pourcentage en moyenne dans cette région, toutes spécialités confondues. Il est de - 9,9 points de pourcentage auprès des généralistes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E8 – Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage), par région



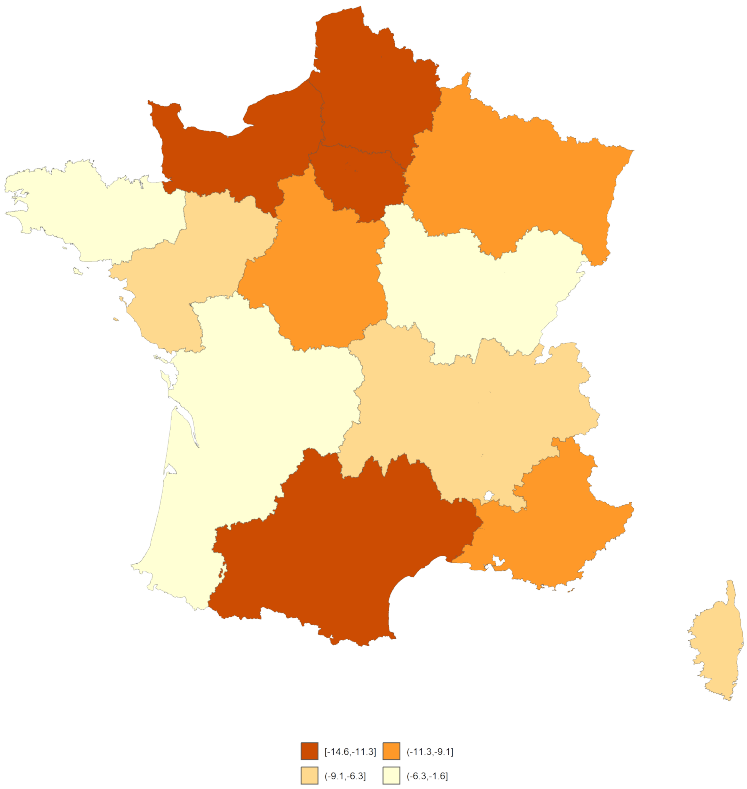
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : L'écart de taux d'obtention d'un rendez-vous entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est de - 8,5 points de pourcentage en moyenne en Auvergne-Rhône-Alpes, toutes spécialités confondues.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E9 – Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des généralistes, par région



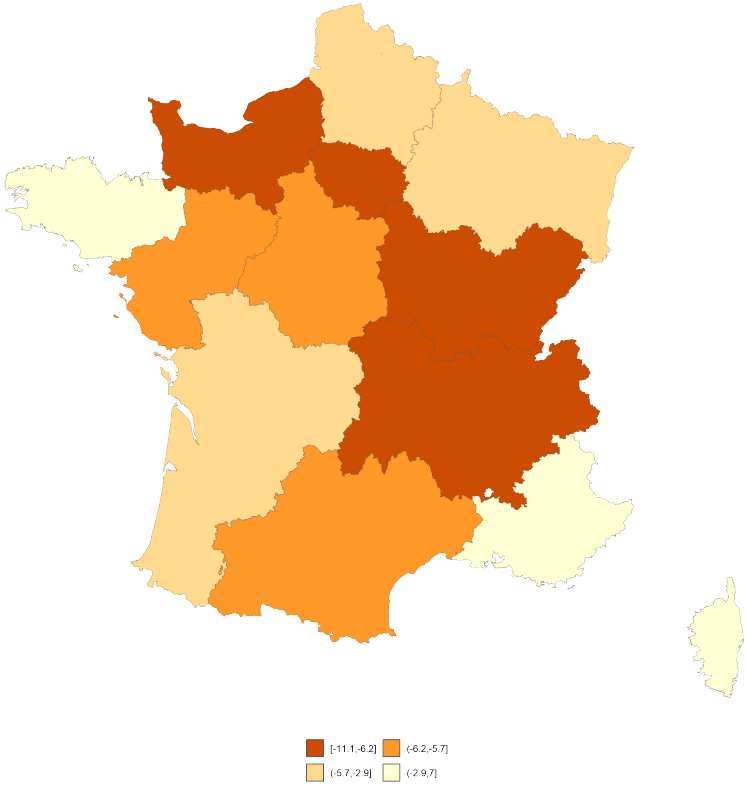
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : L'écart de taux d'obtention d'un rendez-vous entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est de - 9,9 points de pourcentage en moyenne auprès d'un généraliste en Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E10 – Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des ophtalmologues, par région



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : L'écart de taux d'obtention d'un rendez-vous entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est de - 8,2 points de pourcentage en moyenne auprès d'un ophtalmologue en Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E11 – Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des pédiatres, par région



Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : L'écart de taux d'obtention d'un rendez-vous entre le patient de référence et le patient bénéficiaire de l'AME est de - 7,1 points de pourcentage en moyenne auprès d'un pédiatre en Auvergne-Rhône-Alpes.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Les tableaux E25, E26 et E27 montrent l'effet de la densité médicale sur l'obtention d'un rendez-vous et les délais d'attente associés. La densité médicale est mesurée à l'aide d'une indicatrice construite à partir de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) de 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge. La commune d'exercice du praticien est considérée comme située dans une zone sous-dense si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant (Legendre, 2020). L'indicatrice a été construite à partir de cette borne.

Quelle que soit la variable dépendante considérée, une fois que les autres variables de contrôle ont été ajoutées (modèles (3) et (4)), le coefficient associé à la densité médicale et ceux associés au croisement entre la densité et la prestation sociale sont non significatifs. Ces résultats suggèrent que la densité médicale n'a pas d'effet sur l'obtention ou non d'un rendez-vous.

TABLEAU E25 – Effet des prestations, du genre et de la densité sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.515***	0.516***	0.271***	0.271***
	(0.010)	(0.010)	(0.047)	(0.053)
CSS	−0.023	−0.023	−0.006	−0.006
	(0.013)	(0.013)	(0.012)	(0.009)
AME	−0.118***	−0.119***	−0.107***	−0.107***
	(0.013)	(0.013)	(0.013)	(0.010)
Patiente	0.016	0.016	0.014	0.014
	(0.010)	(0.010)	(0.010)	(0.013)
Zone sous-dense	−0.048*	−0.053	−0.019	−0.019
	(0.025)	(0.043)	(0.040)	(0.041)
CSS x zone sous-dense		0.002	−0.008	−0.008
		(0.061)	(0.057)	(0.043)
AME x zone sous-dense		0.012	0.014	0.014
		(0.060)	(0.055)	(0.044)
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0.011	0.011	0.145	0.145
Adj. R^2	0.011	0.011	0.14	0.14
N obs.	9 258	9 258	9 258	9 258
N praticiens				3 086

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé) et sa région d'exercice. Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. L'indicateur de densité utilisé est l'Accessbilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes sans borne d'âge. Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU E26 – Effet des prestations, du genre et de la densité sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (en jours)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	34.821***	34.985***	−10.849	−10.849
	(1.610)	(1.633)	(5.879)	(6.689)
CSS	−0.627	−0.775	−0.845	−0.845
	(1.877)	(1.941)	(1.749)	(1.063)
AME	−0.063	−0.458	−0.436	−0.436
	(1.934)	(1.986)	(1.790)	(1.367)
Patiente	1.152	1.150	−1.160	−1.160
	(1.555)	(1.555)	(1.433)	(2.019)
Zone sous-dense	−7.255*	−11.207**	−7.170	−7.170
	(3.124)	(4.206)	(3.970)	(4.073)
CSS x zone sous-dense		3.585	6.526	6.526
		(6.417)	(5.976)	(4.412)
AME x zone sous-dense		9.492	7.674	7.674
		(8.641)	(8.192)	(6.149)
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0.001	0.001	0.206	0.206
Adj. R^2	0	0	0.196	0.196
N obs.	4 142	4 142	4 142	4 142
N praticiens				1 964

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé) et sa région d'exercice. Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. L'indicateur de densité utilisé est l'Accessbilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes sans borne d'âge. Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU E27 – Effet des prestation, du genre et de la densité sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	2.719***	2.724***	1.211***	1.211**
	(0.041)	(0.042)	(0.297)	(0.320)
CSS	−0.033	−0.033	−0.045	−0.045
	(0.051)	(0.053)	(0.043)	(0.032)
AME	0.002	−0.012	−0.018	−0.018
	(0.055)	(0.056)	(0.047)	(0.038)
Patiente	0.016	0.017	−0.056	−0.056
	(0.044)	(0.044)	(0.037)	(0.048)
Zone sous-dense	−0.073	−0.176	−0.058	−0.058
	(0.098)	(0.158)	(0.145)	(0.147)
CSS x zone sous-dense		0.010	0.149	0.149
		(0.239)	(0.210)	(0.167)
AME x zone sous-dense		0.351	0.268	0.268
		(0.229)	(0.209)	(0.157)
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0	0.001	0.337	0.337
Adj. R^2	−0.001	−0.001	0.328	0.328
N obs.	4 142	4 142	4 142	4 142
N praticiens				1 964

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé) et sa région d'exercice. Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. L'indicateur de densité utilisé est l'Accessbilité Potentielle Localisée (APL) aux médecins généralistes sans borne d'âge. Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

Délais d'obtention d'un rendez-vous

TABLEAU E28 – Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité

	Min.	D1	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	D9	Max.	D9/D1
Généralistes									
AME	0	1	1	3	8,6	8	21	237	21
CSS	0	0	1	4	6,8	7	15	151	
REF	0	1	1	4	7,7	8	16	250	16
Ophtalmologues									
AME	0	5	15,5	41	58,2	77	130,4	467	26,1
CSS	0	4	10	32	55	77	138	489	34,5
REF	0	3	11	35	56,5	78	136,3	497	45,4
Pédiatres									
AME	0	1	4	13	25,3	41	69	137	69
CSS	0	2	5	17	28,5	42	71	170	35,5
REF	0	2	5	16	27,9	43	70	182	35

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : en cas de rendez-vous, la moitié des généralistes donnent un rendez-vous aux patients AME au plus tard 3 jours après la date de l'appel, contre 4 jours pour les patients CSS et les patients de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E29 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.023	−0.006	−0.015	0.019
	(0.016)	(0.015)	(0.021)	(0.020)
AME	−0.114***	−0.099***	−0.088***	−0.153***
	(0.019)	(0.018)	(0.024)	(0.024)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.137	0.133	0.244	0.212
Adj. R^2	0.122	0.119	0.22	0.19
N obs.	2 811	3 033	1 611	1 803
N praticiens	937	1 011	537	601

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

E.2.3 Résultats économétriques

TABLEAU E30 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.044	−0.106	−0.077	0.055
	(0.060)	(0.058)	(0.076)	(0.068)
AME	0.092	−0.144*	0.087	−0.067
	(0.073)	(0.072)	(0.084)	(0.091)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.422	0.387	0.241	0.219
Adj. R^2	0.396	0.362	0.196	0.176
N obs.	1 136	1 240	871	895
N praticiens	541	611	387	425

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

TABLEAU E31 – Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Tests complets

	Obtenir un RDV			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.125	0.120	−1.481***	−1.481***
	(0.096)	(0.099)	(0.384)	(0.414)
CSS	−0.095	−0.053	0.007	0.007
	(0.051)	(0.071)	(0.077)	(0.056)
AME	−0.460***	−0.522***	−0.580***	−0.580***
	(0.053)	(0.073)	(0.078)	(0.065)
Patiente	0.067	0.055	0.044	0.044
	(0.042)	(0.073)	(0.079)	(0.077)
CSS x patiente		−0.088	−0.095	−0.095
		(0.102)	(0.111)	(0.079)
AME x patiente		0.130	0.093	0.093
		(0.105)	(0.113)	(0.089)
Contrôles appel	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs clusterisées	Non	Non	Non	Oui
AIC	12733.271	12732.967	11304.077	11304.077
BIC	12875.936	12889.898	11689.273	11689.273
Log-vraisemblance	−6346.636	−6344.484	−5598.039	−5598.039
Déviance	12693.271	12688.967	11196.077	11196.077
N obs.	9258	9258	9258	9258

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E32 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.023**	−0.016
	(0.009)	(0.009)
AME	−0.119***	−0.112***
	(0.009)	(0.010)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.664	0.676
Adj. R^2	0.495	0.511
N obs.	9304	9304
RMSE	0.355	0.349

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E33 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.062*	−0.062*
	(0.030)	(0.030)
AME	−0.020	−0.047
	(0.033)	(0.035)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.850	0.854
Adj. R^2	0.714	0.718
N obs.	4162	4162
RMSE	0.752	0.747

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

E.2.4 Motifs de refus

Motifs de refus par spécialité

TABLEAU E34 – Motifs de refus pour les patients de référence

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	389 (59,2 %)	114 (31,1 %)	285 (45,6 %)
Pathologie non gérée	71 (10,8 %)	48 (13,1 %)	85 (13,6 %)
Doctolib uniquement	52 (7,9 %)	73 (19,9 %)	97 (15,5 %)
Pas de place définitivement	52 (7,9 %)	46 (12,6 %)	50 (8 %)
Pas de place temporairement	33 (5 %)	45 (12,3 %)	64 (10,2 %)
Retraite	24 (3,7 %)	29 (7,9 %)	19 (3 %)
Autre motif	17 (2,6 %)	7 (1,9 %)	22 (3,5 %)
Localisation	18 (2,7 %)	1 (0,3 %)	2 (0,3 %)
Dépassement honoraires	1 (0,2 %)	3 (0,8 %)	0 (0 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,2 %)
Nombre de refus	609	320	549
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,1
Nombre de réponses	657 (100 %)	366 (100 %)	625 (100 %)

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : les généralistes ont invoqué à 389 patients de référence le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 59,1 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux patients de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E35 – Motifs de refus pour les patients CSS

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	416 (62 %)	125 (30,3 %)	276 (42,2 %)
Pathologie non gérée	61 (9,1 %)	41 (9,9 %)	96 (14,7 %)
Doctolib uniquement	43 (6,4 %)	72 (17,4 %)	111 (17 %)
Pas de place définitivement	44 (6,6 %)	59 (14,3 %)	49 (7,5 %)
Pas de place temporairement	38 (5,7 %)	52 (12,6 %)	55 (8,4 %)
Retraite	18 (2,7 %)	29 (7 %)	23 (3,5 %)
Autre motif	22 (3,3 %)	14 (3,4 %)	26 (4 %)
Localisation	15 (2,2 %)	1 (0,2 %)	0 (0 %)
Dépassement honoraires	2 (0,3 %)	4 (1 %)	2 (0,3 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	2 (0,3 %)	2 (0,5 %)	2 (0,3 %)
Refus AME ou CSS	6 (0,9 %)	14 (3,4 %)	10 (1,5 %)
Méconnaissance AME ou CSS	4 (0,6 %)	0 (0 %)	4 (0,6 %)
Nombre de refus	625	360	564
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,2
Nombre de réponses	671 (100 %)	413 (100 %)	654 (100 %)

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : les généralistes ont invoqué à 416 patients bénéficiaires de la CSS le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 62,0 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de la CSS.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.3 Champ des appels complets, hors répondeurs ou assistances vocales

E.3.1 Statistiques descriptives

Statistiques sur les praticiens de cet échantillon

TABLEAU E36 – **Caractéristiques des praticiens de l'échantillon**

	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Activité libérale	95,3	88,6	83
Secteur 1	94,3	37,9	54,7
Adhérent OPTAM	2,7	14	29,4
Carte vitale	96,3	94,2	94,2
Femmes	40,7	38,6	68,4
Adresse partagée	17,7	11,9	18,8
Effectifs	998	914	916

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : parmi les praticiens qui ont été appelés par les trois patients, hors réponse d'un répondeur ou d'une assistance vocale, 95,3 % des généralistes exercent en activité libérale.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Statistiques sur les interlocuteurs de cet échantillon

TABLEAU E37 – **Nature du répondant**

	Médecins (%)	Secrétaires (%)	Inconnu(e)s (%)
Généralistes	23,1	72,6	0
Ophtalmologues	3,4	92,7	0
Pédiatres	17	78,1	0
Ensemble	14,8	80,9	0

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : 72,6 % des appels vers des généralistes sur le champ des tests complets ont conduit à un contact avec un secrétariat.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Statistiques sur le taux d'obtention d'un rendez-vous

TABLEAU E38 – Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité

	Ensemble (%)	Généralistes (%)	Ophtalmologues (%)	Pédiatres (%)
Rendez-vous pour aucun	30	37,3	16,4	35,7
Rendez-vous pour un patient	18,1	20,9	12,7	20,4
REF seulement	7,7	8,9	6,6	7,5
AME seulement	4,2	4,5	2,1	6,1
CSS seulement	6,2	7,5	4	6,8
Rendez-vous pour deux patients	22,4	20,6	27,6	19,1
REF + AME	4,9	4,4	5,3	5,1
REF + CSS	13,4	12	18,4	9,9
CSS + AME	4,1	4,2	3,9	4
Rendez-vous pour tous	29,5	21,1	43,3	24,8
Nombre praticiens	2 828	998	914	916

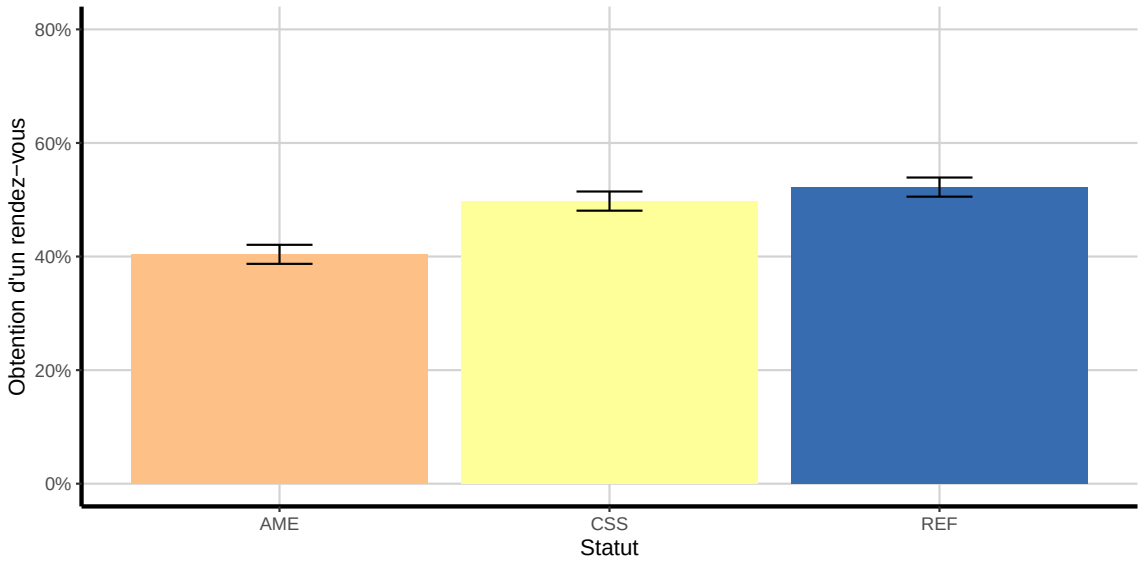
Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : parmi les praticiens qui ont été appelés par les trois patients, hors réponse d'un répondeur ou d'une assistance vocale, 20,9 % des généralistes n'ont donné rendez-vous à aucun patient et, en particulier, 8,9 % n'ont donné rendez-vous qu'au patient de référence seulement.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E39 – Rendez-vous obtenus selon le statut et le genre du patient, par spécialité

	Généralistes - F	Généralistes - H	Ophtalmologues - F	Ophtalmologues - H	Pédiatres - F	Pédiatres - H
AME	33,4 %	35,4 %	65,2 %	48 %	41,3 %	40,2 %
CSS	44,8 %	46,4 %	71,6 %	70,9 %	47,1 %	46,6 %
REF	46,1 %	49,5 %	76,6 %	74,1 %	51,6 %	45,8 %
Ensemble	41,4 %	43,7 %	71,1 %	64,4 %	46,7 %	44,2 %

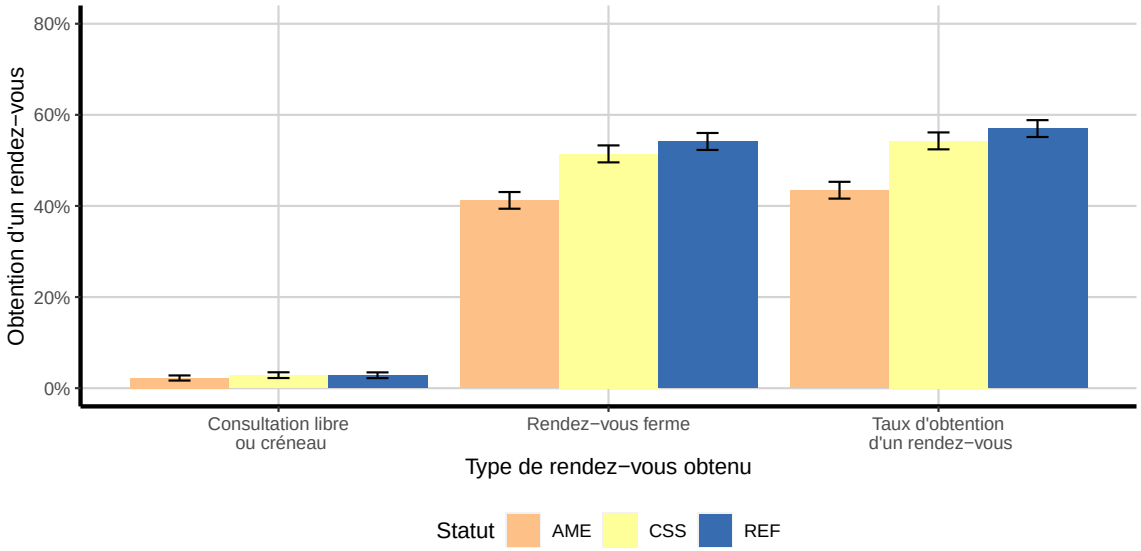
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).
Lecture : 33,4 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous chez un généraliste.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E12 – Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient



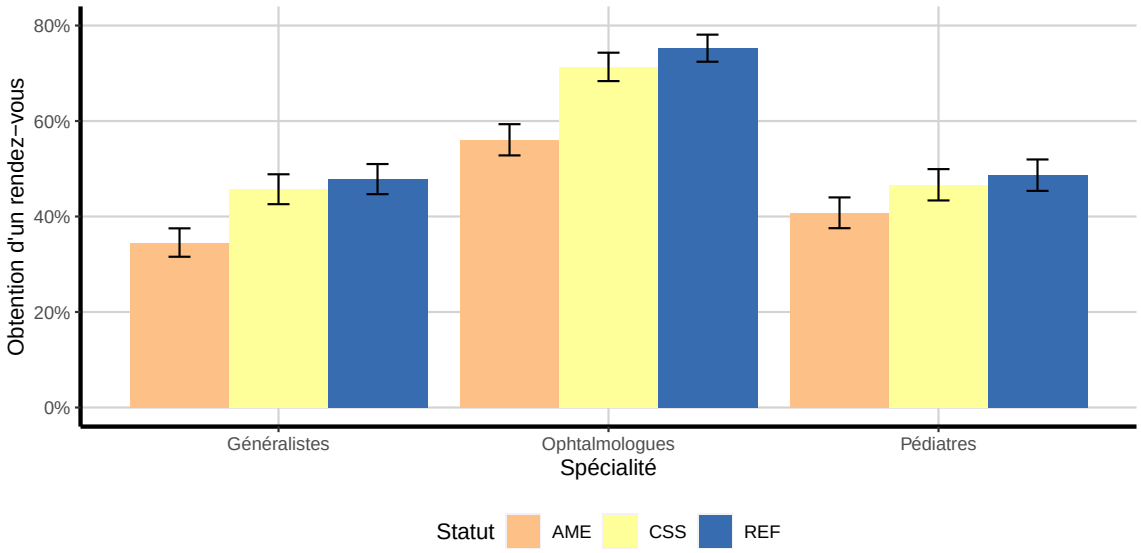
Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : 43,4 % des appels, hors réponse répondeur ou assistance vocale, effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous, tous types de rendez-vous confondus.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E13 – Type de rendez-vous proposé, par statut



Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : 43,4 % des appels, hors réponse répondeur ou assistance vocale, effectués par des bénéficiaires de l'AME conduisent à obtenir un rendez-vous, tous types de rendez-vous confondus.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

GRAPHIQUE E14 – Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité



Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : 34,4 % des appels, hors réponse répondeur ou assistance vocale, effectués par des patients bénéficiaires de l'AME sur le champ des tests complets à des généralistes conduisent à obtenir un rendez-vous.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.3.2 Délais d'obtention d'un rendez-vous

TABLEAU E40 – Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité

	Min.	D1	Q1	Médiane	Moyenne	Q3	D9	Max.	D9/D1
Généralistes									
AME	0	1	1	3	8,6	8	21	237	21
CSS	0	0	1	4	6,9	7	15	151	
REF	0	1	1	4	7,7	8	16	250	16
Ophtalmologues									
AME	0	5	16	41	58,3	77	130,1	467	26
CSS	0	4	10	32	55	77	138	489	34,5
REF	0	3	11	34	56,4	78	134,8	497	44,9
Pédiatres									
AME	0	1	4	13	25,4	41	69	137	69
CSS	0	2	5	17	28,3	42	71	170	35,5
REF	0	2	5	17	27,9	43	69,4	182	34,7

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : en cas de rendez-vous, la moitié des généralistes donnent un rendez-vous aux bénéficiaires de l'AME au plus tard 3 jours après la date de l'appel, contre 4 jours pour les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

E.3.3 Résultats économétriques

TABLEAU E41 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.560***	0.174*	0.173*	0.173*
	(0.011)	(0.076)	(0.077)	(0.081)
CSS	−0.027*	−0.013	−0.001	−0.001
	(0.013)	(0.013)	(0.018)	(0.013)
AME	−0.135***	−0.130***	−0.138***	−0.138***
	(0.013)	(0.013)	(0.018)	(0.015)
Patiente	0.021	0.007	0.010	0.010
	(0.011)	(0.011)	(0.018)	(0.018)
CSS x patiente			−0.026	−0.026
			(0.025)	(0.018)
AME x patiente			0.018	0.018
			(0.026)	(0.021)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0.014	0.108	0.108	0.108
Adj. R^2	0.014	0.102	0.103	0.103
N obs.	8 302	8 302	8 302	8 302
N praticiens				2 828

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E42 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	2.717***	1.253***	1.276***	1.276**
	(0.041)	(0.370)	(0.366)	(0.382)
CSS	−0.032	−0.040	−0.037	−0.037
	(0.052)	(0.043)	(0.058)	(0.044)
AME	0.008	0.003	−0.089	−0.089
	(0.055)	(0.047)	(0.065)	(0.055)
Patiente	0.010	−0.059	−0.109	−0.109
	(0.044)	(0.037)	(0.060)	(0.060)
CSS x patiente			−0.006	−0.006
			(0.086)	(0.064)
AME x patiente			0.187*	0.187*
			(0.093)	(0.076)
Contrôles	Non	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Non	Non	Non	Oui
R^2	0	0.336	0.337	0.337
Adj. R^2	−0.001	0.328	0.328	0.328
N obs.	4 061	4 061	4 061	4 061
N praticiens				1 912

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E43 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.004	−0.007	−0.029	−0.005
	(0.016)	(0.016)	(0.015)	(0.017)
AME	−0.126***	−0.125***	−0.188***	−0.075***
	(0.017)	(0.018)	(0.018)	(0.019)
Patiente	0.007	−0.039	0.047	0.016
	(0.014)	(0.024)	(0.024)	(0.027)
Ophtalmologues	0.289***			
	(0.024)			
Pédiatres	0.026			
	(0.025)			
CSS x ophtalmologues	−0.025			
	(0.022)			
AME x ophtalmologues	−0.062*			
	(0.024)			
CSS x pédiatres	−0.002			
	(0.023)			
AME x pédiatres	0.051*			
	(0.025)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.109	0.111	0.099	0.061
Adj. R^2	0.104	0.097	0.083	0.044
N obs.	8 302	2 940	2 676	2 686
N praticiens	2 828	998	914	916

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E44 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.032*	−0.010	−0.016	0.016
	(0.016)	(0.016)	(0.022)	(0.021)
AME	−0.134***	−0.128***	−0.096***	−0.173***
	(0.020)	(0.019)	(0.026)	(0.026)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.107	0.113	0.159	0.171
Adj. R^2	0.09	0.097	0.129	0.146
N obs.	2 527	2 720	1 423	1 632
N praticiens	858	930	485	555

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E45 – Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.047	−0.068	−0.029	−0.074
	(0.061)	(0.059)	(0.048)	(0.061)
AME	−0.000	−0.015	0.108	−0.207**
	(0.069)	(0.068)	(0.059)	(0.072)
Patiente	−0.064	−0.167*	0.042	−0.094
	(0.049)	(0.070)	(0.081)	(0.092)
Ophtalmologues	1.643***			
	(0.082)			
Pédiatres	1.082***			
	(0.079)			
CSS x ophtalmologues	0.018			
	(0.078)			
AME x ophtalmologues	0.150			
	(0.087)			
CSS x pédiatres	−0.006			
	(0.085)			
AME x pédiatres	−0.199*			
	(0.097)			
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.338	0.131	0.139	0.16
Adj. R^2	0.329	0.092	0.115	0.125
N obs.	4 061	1 086	1 780	1 195
N praticiens	1 912	566	762	584

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E46 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Secteur 1		Secteur 2	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
CSS	−0.034	−0.111	−0.089	0.059
	(0.060)	(0.058)	(0.076)	(0.068)
AME	0.093	−0.146*	0.095	−0.064
	(0.074)	(0.072)	(0.085)	(0.093)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.418	0.386	0.246	0.218
Adj. R^2	0.392	0.361	0.202	0.175
N obs.	1 112	1 216	853	880
N praticiens	526	595	376	415

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E47 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.022	−0.012	−0.046*	−0.028
	(0.011)	(0.017)	(0.022)	(0.022)
AME	−0.128***	−0.127***	−0.164***	−0.100***
	(0.013)	(0.018)	(0.027)	(0.025)
Patiente	0.007	−0.039	0.047	0.016
	(0.014)	(0.024)	(0.024)	(0.027)
Secteur 2	0.009	−0.031	0.051	−0.062
	(0.023)	(0.088)	(0.031)	(0.041)
CSS x secteur 2	0.025	0.089	0.028	0.052
	(0.019)	(0.070)	(0.030)	(0.033)
AME x secteur 2	−0.006	0.043	−0.038	0.054
	(0.021)	(0.064)	(0.035)	(0.035)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.108	0.112	0.1	0.061
Adj. R^2	0.102	0.096	0.083	0.044
N obs.	8 302	2 940	2 676	2 686
N praticiens	2 828	998	914	916

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E48 – Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Tous secteurs	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
CSS	−0.076	−0.081	−0.086	−0.079
	(0.041)	(0.060)	(0.080)	(0.079)
AME	−0.052	−0.025	0.166	−0.348***
	(0.050)	(0.071)	(0.089)	(0.096)
Patiente	−0.060	−0.167*	0.042	−0.097
	(0.049)	(0.070)	(0.081)	(0.092)
Secteur 2	−0.054	0.188	−0.128	0.015
	(0.080)	(0.329)	(0.112)	(0.141)
CSS x secteur 2	0.086	0.203	0.086	0.013
	(0.065)	(0.266)	(0.101)	(0.119)
AME x secteur 2	0.132	0.161	−0.093	0.320*
	(0.074)	(0.242)	(0.111)	(0.138)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.337	0.132	0.139	0.163
Adj. R^2	0.328	0.091	0.114	0.127
N obs.	4 061	1 086	1 780	1 195
N praticiens	1 912	566	762	584

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (genre, spécialité, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E49 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous

	Obtenir un rendez-vous			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.006	0.002	−0.010	−0.030
	(0.013)	(0.022)	(0.019)	(0.030)
AME	−0.153***	−0.131***	−0.202***	−0.115***
	(0.015)	(0.023)	(0.023)	(0.033)
Patiente	0.007	−0.039	0.046	0.017
	(0.014)	(0.024)	(0.024)	(0.027)
Praticienne	−0.060**	−0.076*	0.010	−0.113**
	(0.019)	(0.033)	(0.030)	(0.037)
CSS x praticienne	−0.014	−0.023	−0.049	0.037
	(0.018)	(0.032)	(0.031)	(0.036)
AME x praticienne	0.047*	0.016	0.037	0.058
	(0.020)	(0.035)	(0.036)	(0.039)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.108	0.112	0.099	0.061
Adj. R^2	0.103	0.096	0.082	0.043
N obs.	8 302	2 940	2 676	2 686
N praticiens	2 828	998	914	916

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E50 – Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	Délais pour obtenir un rendez-vous (logarithme jours)			
	Toutes spécialités	Généralistes	Opthalmologues	Pédiatres
CSS	−0.021	−0.047	0.006	−0.106
	(0.042)	(0.070)	(0.061)	(0.099)
AME	0.018	0.016	0.079	−0.210
	(0.051)	(0.080)	(0.076)	(0.119)
Patiente	−0.059	−0.164*	0.040	−0.098
	(0.049)	(0.070)	(0.081)	(0.092)
Praticienne	0.179**	0.049	0.074	0.448***
	(0.063)	(0.099)	(0.101)	(0.119)
CSS x praticienne	−0.043	−0.044	−0.104	0.050
	(0.064)	(0.129)	(0.101)	(0.124)
AME x praticienne	−0.031	−0.078	0.069	0.008
	(0.074)	(0.140)	(0.113)	(0.146)
Contrôles	Oui	Oui	Oui	Oui
Erreurs groupées	Oui	Oui	Oui	Oui
R^2	0.336	0.129	0.137	0.159
Adj. R^2	0.328	0.089	0.113	0.124
N obs.	4 061	1 086	1 780	1 195
N praticiens	1 912	566	762	584

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité dans le premier modèle, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*), hors répondeurs ou assistances vocales.

TABLEAU E51 – Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Tests complets - hors répondeurs/assistances vocales

	Obtenir un RDV			
	(1)	(2)	(3)	(4)
Constante	0.306**	0.308**	−1.802***	−1.802***
	(0.101)	(0.104)	(0.457)	(0.486)
CSS	−0.112*	−0.084	0.006	0.006
	(0.054)	(0.075)	(0.080)	(0.058)
AME	−0.531***	−0.603***	−0.618***	−0.618***
	(0.056)	(0.076)	(0.081)	(0.067)
Patiente	0.083	0.054	0.040	0.040
	(0.045)	(0.078)	(0.082)	(0.081)
CSS x patiente		−0.060	−0.121	−0.121
		(0.109)	(0.115)	(0.082)
AME x patiente		0.152	0.092	0.092
		(0.111)	(0.116)	(0.092)
Contrôles appel	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôles	Non	Non	Oui	Oui
Erreurs clusterisées	Non	Non	Non	Oui
AIC	11406.648	11406.775	10648.724	10648.724
BIC	11547.133	11561.309	11021.010	11021.010
Log-vraisemblance	−5683.324	−5681.388	−5271.362	−5271.362
Déviance	11366.648	11362.775	10542.724	10542.724
N obs.	8302	8302	8302	8302

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.

Note : les variables de contrôle prennent en compte les caractéristiques du praticien (spécialité médicale, genre, secteur d'activité – 1 ou 2, région d'exercice, s'il adhère à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, s'il exerce son activité en libéral, et dans un cabinet partagé). Les autres variables de contrôle concerne l'appel (rang de l'enquêteur, durée d'écart en jours avec le premier appel abouti, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Une variable indiquant si le RDV est proposé avec le praticien appelé ou avec un autre praticien du cabinet est également présente. Par ailleurs, l'effet de la densité médicale propre à chaque spécialité considérée est pris en compte via l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée calculé par la DREES (millésime 2021 pour les médecins généralistes sans borne d'âge). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Dans le dernier modèle, elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E52 – Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.025**	−0.018
	(0.009)	(0.009)
AME	−0.134***	−0.127***
	(0.010)	(0.010)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.660	0.666
Adj. R^2	0.484	0.490
N obs.	8342	8342
RMSE	0.359	0.357

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

TABLEAU E53 – Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous

	(1)	(2)
CSS	−0.065*	−0.064*
	(0.031)	(0.030)
AME	−0.020	−0.047
	(0.034)	(0.035)
Effet fixe praticien	Oui	Oui
Contrôles	Non	Oui
R^2	0.849	0.853
Adj. R^2	0.714	0.718
N obs.	4081	4081
RMSE	0.753	0.748

$^{***}p < 0.001$; $^{**}p < 0.01$; $^{*}p < 0.05$.
Note : les variables de contrôle concernent l'appel (rang de l'enquêteur, script utilisé, mois de l'appel et moment de la journée interagi avec le jour de l'appel) ; l'interlocuteur (son genre supposé et sa qualité : praticien lui-même, secrétaire, autre personne). Les erreurs-types robustes à l'hétéroscédasticité sont indiquées entre parenthèses sous les coefficients. Elles sont groupées au niveau des praticiens.

E.3.4 Motifs de refus

TABLEAU E54 – Motifs de refus pour les patients de référence

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	358 (65,1 %)	92 (36,1 %)	272 (51,7 %)
Pathologie non gérée	62 (11,3 %)	39 (15,3 %)	77 (14,6 %)
Doctolib uniquement	10 (1,8 %)	19 (7,5 %)	36 (6,8 %)
Pas de place définitivement	42 (7,6 %)	31 (12,2 %)	42 (8 %)
Pas de place temporairement	30 (5,5 %)	41 (16,1 %)	60 (11,4 %)
Retraite	20 (3,6 %)	22 (8,6 %)	17 (3,2 %)
Autre motif	9 (1,6 %)	7 (2,7 %)	19 (3,6 %)
Localisation	18 (3,3 %)	1 (0,4 %)	2 (0,4 %)
Dépassement honoraires	1 (0,2 %)	3 (1,2 %)	0 (0 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,2 %)
Nombre de refus	506	221	458
Nombre de motifs par refus	1,1	1,2	1,1
Nombre de réponses	550 (100 %)	255 (100 %)	526 (100 %)

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : les généralistes ont invoqué à 358 patients de référence le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 65,1 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux patients de référence.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

TABLEAU E55 – Motifs de refus pour les patients CSS

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	386 (67,5 %)	100 (34,5 %)	264 (47,3 %)
Pathologie non gérée	53 (9,3 %)	35 (12,1 %)	90 (16,1 %)
Doctolib uniquement	4 (0,7 %)	21 (7,2 %)	44 (7,9 %)
Pas de place définitivement	36 (6,3 %)	40 (13,8 %)	41 (7,3 %)
Pas de place temporairement	33 (5,8 %)	41 (14,1 %)	53 (9,5 %)
Retraite	14 (2,4 %)	24 (8,3 %)	22 (3,9 %)
Autre motif	18 (3,1 %)	11 (3,8 %)	26 (4,7 %)
Localisation	15 (2,6 %)	1 (0,3 %)	0 (0 %)
Dépassement honoraires	2 (0,3 %)	2 (0,7 %)	2 (0,4 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	2 (0,3 %)	1 (0,3 %)	2 (0,4 %)
Refus AME ou CSS	6 (1 %)	14 (4,8 %)	10 (1,8 %)
Méconnaissance AME ou CSS	3 (0,5 %)	0 (0 %)	4 (0,7 %)
Nombre de refus	532	256	477
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,2
Nombre de réponses	572 (100 %)	290 (100 %)	558 (100 %)

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : les généralistes ont invoqué à 386 patients bénéficiaires de la CSS le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 67,5 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de la CSS.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Tableau E56 – Motifs de refus pour les patients AME

	Généralistes	Ophtalmologues	Pédiatres
Pas nouveaux patients	431 (63,1 %)	99 (23 %)	244 (41,5 %)
Pathologie non gérée	41 (6 %)	28 (6,5 %)	67 (11,4 %)
Doctolib uniquement	22 (3,2 %)	97 (22,6 %)	44 (7,5 %)
Pas de place définitivement	34 (5 %)	37 (8,6 %)	42 (7,1 %)
Pas de place temporairement	56 (8,2 %)	50 (11,6 %)	74 (12,6 %)
Retraite	19 (2,8 %)	15 (3,5 %)	13 (2,2 %)
Autre motif	23 (3,4 %)	12 (2,8 %)	22 (3,7 %)
Localisation	17 (2,5 %)	3 (0,7 %)	5 (0,9 %)
Dépassement honoraires	4 (0,6 %)	12 (2,8 %)	7 (1,2 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	0 (0 %)	2 (0,5 %)	2 (0,3 %)
Refus AME ou CSS	26 (3,8 %)	66 (15,3 %)	49 (8,3 %)
Méconnaissance AME ou CSS	10 (1,5 %)	9 (2,1 %)	19 (3,2 %)
Nombre de refus	648	391	533
Nombre de motifs par refus	1,1	1,1	1,1
Nombre de réponses	683 (100 %)	430 (100 %)	588 (100 %)

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : les généralistes ont invoqué à 431 patients bénéficiaires de l'AME le motif de refus « pas de nouveaux patients ». Ce motif figure dans 63,1 % des réponses de refus de soins adressées par les généralistes aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Tableau E57 – Motifs de refus, par statut

	AME	CSS	REF
Pas nouveaux patients	774 (45.5 %)	750 (52.8 %)	722 (54.2 %)
Pathologie non gérée	136 (8 %)	178 (12.5 %)	178 (13.4 %)
Doctolib uniquement	163 (9.6 %)	69 (4.9 %)	65 (4.9 %)
Pas de place définitivement	113 (6.6 %)	117 (8.2 %)	115 (8.6 %)
Pas de place temporairement	180 (10.6 %)	127 (8.9 %)	131 (9.8 %)
Retraite	47 (2.8 %)	60 (4.2 %)	59 (4.4 %)
Autre motif	57 (3.4 %)	55 (3.9 %)	35 (2.6 %)
Localisation	25 (1.5 %)	16 (1.1 %)	21 (1.6 %)
Dépassement honoraires	23 (1.4 %)	6 (0.4 %)	4 (0.3 %)
Pas de tiers payant ou carte vitale	4 (0.2 %)	5 (0.4 %)	0 (0 %)
Refus AME ou CSS	141 (8.3 %)	30 (2.1 %)	0 (0 %)
Méconnaissance AME ou CSS	38 (2.2 %)	7 (0.5 %)	1 (0.1 %)
Nombre de réponses	1701 (100 %)	1420 (100 %)	1331 (100 %)

Champ : ensemble des appels complets hors répondeurs ou assistances vocales.
Lecture : le motif « pas de nouveaux patients » a été invoqué pour 774 patients bénéficiaires de l'AME, soit dans 45,5 % des cas de refus adressés aux bénéficiaires de l'AME.
Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

Références

Bachelet, M. et Anguis, M. (2017). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1011.

Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., et Legal, R. (2019). La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties : édition 2019. *Panoramas de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*.

Bellamy, V. L. (2017). 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes. *Insee Focus. Paris, France : Institut national de la statistique et des études économiques*.

Bergeat, M., Vergier, N., et Verger, P. (2022). Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1245.

Boisguérin, B. (2004). Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU – mars 2003. *Série Statistiques, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 63.

Browne, I. et Misra, J. (2003). The intersection of gender and race in the labor market. *Annual review of sociology*, 29(1), p. 487–513.

Cabannes, P.-Y. et Chevalier, M. (2022). *Minima sociaux et prestations sociales*, chap-

ter 36. Ménages aux revenus modestes et redistribution, Paris, DREES, Panoramas de la DREES.

Cases, C., Lucas-Gabrielli, V., Perronnin, M., et Tô, M. (2008). Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMU-C des praticiens libéraux ? *Questions d'économie de la santé, IRDES institut for research and information in health economics*, 130.

Challe, L., l'Horty, Y., Petit, P., et Wolff, F.-C. (2018). 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. Document de travail halshs-01878469, HAL.

Chaput, H., Monziols, M., Ventelou, B., Zaytseva, A., Chevillard, G., Mousquès, J., Fressard, L., Verger, P., Bournot, M.-C., Buyck, J.-F., Jolivet, A., Zemour, F., et Hérault, T. (2020). Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1140.

Chareyron, S., l'Horty, Y., et Petit, P. (2019). Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales, Rapport pour le Défenseur des droits et le Fonds de la Couverture maladie universelle complémentaire. Rapport.

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins : intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), p. 1241–1299.

Desprès, 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*.

Desprès, C. et Lombrail, P. (2017). Résultats de l'étude : "des pratiques médicales

et dentaires entre différenciation et discrimination". une analyse de discours de médecins et dentistes. *Études et Résultats, Défenseur des Droits*.

Direction de la sécurité sociale (2022). Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire - année 2022.

Défenseur des droits (2014). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME.

Fauchier-Magan, Émilie Mejane, J., Roger, J., et Louis-Charles, V. (2017). Évaluation de la généralisation du tiers payant. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

Gaddis, S. M. (2017). How Black are Lakisha and Jamal ? Racial perceptions from names used in correspondence audit studies. *Sociological Science*, 4, p. 469–489.

Gonzalez, L., Héam, J.-C., Mikou, M., et Ferretti, C. (2019). Les dépenses de santé en 2018 - résultats des comptes de la santé - Édition 2019. Technical report, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., et Portela, M. (2021). Les dépenses de santé en 2020 - résultats des comptes de la santé - Édition 2021. Technical report, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Hélène Chaput, Martin Monziols, L. F. P. V. B. V. A. Z. (2019). Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1113.

Jakoubovitch, S., Bournot, M.-C., Élodie Cercier, et Tuffreau, F. (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 797.

Jusot, F., Dourgnon, P., Wittwer, J., et Sarhiri, J. (2019). Le recours à l'aide médicale de l'etat des personnes en situation irrégulière en france : premiers enseignements de l'enquête premiers pas. *QES*, (245).

Latournerie, J.-Y., Saulière, J., Hemous, C., Bartoli, F., Rey, M., et Fellinger, F. (2019). L'aide médicale d'état : diagnostic et propositions. *Rapport IGF et IGAS*, 204.

Legendre, B. (2020). En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1044.

Millien, C., Chaput, H., et Cavillon, M. (2018). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 1085.

Reinhardt, U. E. (2011). The many different prices paid to providers and the flawed theory of cost shifting : is it time for a more rational all-payer system ? *Health affairs*, 30 11, p. 2125–33.

Sautory, O. (2007). L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication. *Études et Résultats, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, 557.

Schneider, E. C., Sarnak, D. O., Squires, D. A., Shah, A. A., et Doty, M. M. (2017). Mirror, mirror 2017 : International comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care.

Werbeck, A., Wübker, A., et Ziebarth, N. R. (2021). Cream skimming by health care providers and inequality in health care access : Evidence from a randomized field experiment. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 188(C), p. 1325–1350.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., et Jusot, F. (2020). Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. l'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue. *QES*, (243).

Liste des tableaux

3.1 Caractéristiques des médecins dans la base initiale (février 2022) . . 40

3.2 Caractéristiques des médecins dans la base des médecins éligibles au tirage au sort (février 2022) 43

3.3 Caractéristiques des strates - Généralistes 47

3.4 Caractéristiques des strates - Ophtalmologues 47

3.5 Caractéristiques des strates - Pédiatres 48

3.6 Critères de distance utilisés pour générer les adresses de résidence fictives 53

3.7 Phrases de début d'appel 54

3.8 Test d'équilibre - caractéristiques des appels 58

4.1 Motifs d'annulation 62

4.2 Nombre de tests complets par spécialité médicale et type de densité . 67

4.3 Nombre de médecins répondants par spécialité 69

4.4 Caractéristiques des généralistes répondants et non répondants 70

4.5 Caractéristiques des ophtalmologues répondants et non répondants . 71

4.6 Caractéristiques des pédiatres répondants et non répondants 71

4.7 Caractéristiques des appels - tests d'équilibre 73

5.1 Tentatives d'appels et appels aboutis par spécialité 77

5.2 Taux d'accès aux soins des patients de référence, selon la spécialité médicale 79

5.3 Motifs de refus pour les patients de référence 81
5.4 Délais d'attente en jours - statistiques descriptives - patients de référence 83
5.5 Praticiens appelés par 1, 2 ou 3 patients 84
5.6 Nature du répondant 85
5.7 Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité 86
5.8 Amabilité de l'interlocuteur 97
5.9 Précisions demandées par l'interlocuteur en cas de rendez-vous 98
5.10 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 101
5.11 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 104
5.12 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 107
5.13 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous, régressions séparées selon le genre du patient 108
5.14 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 111
5.15 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous, régressions séparées selon le genre du patient 112
5.16 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 114
5.17 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 116
5.18 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 117
5.19 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 119
5.20 Motifs de refus, par statut 122

5.21 Motifs de refus pour les patients AME 125

6.1 Hypothèses sur le refus de soins en fonction du secteur d'activité et de la pratique de la télétransmission 133

A1 Identités des patients de référence 146

A2 Identités des patients bénéficaires de la CSS 147

A3 Identités des patients bénéficiaires de l'AME 148

D1 Probabilité de répondre à l'enquête en fonction de la strate du praticien160

E1 Caractéristiques des praticiens de l'échantillon 161

E2 Nature du répondant 162

E3 Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité 162

E4 Rendez-vous obtenus selon le statut et le genre du patient, par spécialité 162

E5 Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité . . . 165

E6 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 167

E7 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 168

E8 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 169

E9 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 170

E10 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 171

E11 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 172

E12 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 173

E13 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 174
E14 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 175
E15 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 176
E16 Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Appels aboutis 177
E17 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 178
E18 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 178
E19 Motifs de refus pour les patients CSS 179
E20 Motifs de refus pour les patients AME 180
E21 Motifs de refus, par statut 180
E22 Caractéristiques des praticiens de l'échantillon 181
E23 Taux de rendez-vous (%) et nombre de tests complets, par région et spécialité 182
E24 Écarts de taux d'obtention de rendez-vous entre les patients de référence et les bénéficiaires de l'AME, par région (%) 187
E25 Effet des prestations, du genre et de la densité sur l'obtention d'un rendez-vous 192
E26 Effet des prestations, du genre et de la densité sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 193
E27 Effet des prestation, du genre et de la densité sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 194
E28 Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité . . . 195
E29 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 196

E30 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 197
E31 Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Tests complets 198
E32 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 199
E33 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 199
E34 Motifs de refus pour les patients de référence 200
E35 Motifs de refus pour les patients CSS 200
E36 Caractéristiques des praticiens de l'échantillon 201
E37 Nature du répondant 201
E38 Répartition des rendez-vous obtenus par spécialité 202
E39 Rendez-vous obtenus selon le statut et le genre du patient, par spécialité 202
E40 Délais d'attente en jours - statistiques descriptives par spécialité . . . 204
E41 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 206
E42 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 207
E43 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 208
E44 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 209
E45 Hétérogénéité selon la spécialité du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 210
E46 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 211
E47 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 212

E48 Hétérogénéité selon le secteur du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 213
E49 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur l'obtention d'un rendez-vous 214
E50 Hétérogénéité selon le genre du praticien sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 215
E51 Probit - Effet du genre et de la CSS et l'AME sur l'obtention d'un RDV - Tests complets - hors répondeurs/assistances vocales 216
E52 Effet des prestations et du genre sur l'obtention d'un rendez-vous . . 217
E53 Effet des prestations et du genre sur les délais d'obtention d'un rendez-vous 217
E54 Motifs de refus pour les patients de référence 218
E55 Motifs de refus pour les patients CSS 218
E56 Motifs de refus pour les patients AME 219
E57 Motifs de refus, par statut 219

Liste des figures

3.1 Proportion de bénéficiaires de la CSS et de l'AME en 2022 45

4.1 Évolution des appels 64

4.2 Nombre de tests complets par mois 65

4.3 Évolution cumulée du nombre de tests complets par spécialité 65

4.4 Écarts en jours entre le premier et le dernier appel abouti 66

4.5 Nombre de tests complets réalisés par département 68

5.1 Taux d'obtention d'un rendez-vous des patients de référence, par spécialité 80

5.2 Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient 88

5.3 Type de rendez-vous proposé, par statut 88

5.4 Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité 89

5.5 Taux d'obtention d'un rendez-vous, selon le genre et le statut du patient 90

5.6 Taux d'obtention d'un rendez-vous, selon le genre et le statut du patient, par spécialité 91

5.7 Délais des rendez-vous proposés par les généralistes, par statut 94

5.8 Délais des rendez-vous proposés par les ophtalmologues, par statut . 95

5.9 Délais des rendez-vous proposés par les pédiatres, par statut 96

C1 Données collectées lors de l'enquête 158

E1 Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient 163

E2 Type de rendez-vous proposé, par statut 163
E3 Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité 164
E4 Taux d'obtention d'un rendez-vous par région 183
E5 Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un généraliste par région 184
E6 Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un ophtalmologue par région 185
E7 Taux d'obtention d'un rendez-vous auprès d'un pédiatre par région . 186
E8 Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage), par région 187
E9 Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des généralistes, par région 188
E10 Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des ophtalmologues, par région 189
E11 Écarts d'obtention d'un rendez-vous entre patients de référence et bénéficiaires de l'AME (points de pourcentage) auprès des pédiatres, par région 190
E12 Taux d'obtention d'un rendez-vous par statut du patient 202
E13 Type de rendez-vous proposé, par statut 203
E14 Taux d'obtention d'un rendez-vous, par spécialité 203

L'Institut des politiques publiques (IPP) est développé dans le cadre d'un partenariat scientifique entre PSE-Ecole d'économie de Paris (PSE) et le Centre de Recherche en Économie et Statistique (CREST). L'IPP vise à promouvoir l'analyse et l'évaluation quantitatives des politiques publiques en s'appuyant sur les méthodes les plus récentes de la recherche en économie.

PSE a pour ambition de développer, au plus haut niveau international, la recherche en économie et la diffusion de ses résultats. Elle rassemble une communauté de près de 140 chercheurs et 200 doctorants, et offre des enseignements en Master, École d'été et Executive education à la pointe de la discipline économique. Fondée par le CNRS, l'EHESS, l'ENS, l'École des Ponts-ParisTech, l'INRA, et l'Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, PSE associe à son projet des partenaires privés et institutionnels. Désormais solidement installée dans le paysage académique mondial, la fondation décloisonne ce qui doit l'être pour accomplir son ambition d'excellence : elle associe l'université et les grandes écoles, nourrit les échanges entre l'analyse économique et les autres sciences sociales, inscrit la recherche académique dans la société, et appuie les travaux de ses équipes sur de multiples partenariats. www.parisschoolofeconomics.eu

Le CREST est un centre de recherche regroupant des chercheurs de l'ENSAE, de l'ENSAI et du département d'économie de l'Ecole Polytechnique. Centre interdisciplinaire spécialisé en méthodes quantitatives appliquées aux sciences sociales, le CREST est organisé en 4 thématiques : Économie, Statistiques, Finance-Assurance et Sociologie. La culture commune des équipes est celle d'un attachement fort aux méthodes quantitatives, aux données, à la modélisation mathématiques, et d'allers-retours continus entre les modèles théoriques et les preuves empiriques permettant d'analyser des problématiques sociétales et économiques concrètes. http ://crest.science