



ÉCLAIRAGES  
ÉCIVILITÉ

**LES REFUS DE SOINS OPPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES  
DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET DE L'AIDE  
MÉDICALE DE L'ÉTAT**

P. MENDRAS, D. ROY, J. SULTAN PARRAUD, L. TOULEMON

MAI 2023



ÉCLAIRAGES  
ÉCIVIBVCEZ

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

MAI 2023

*Le Défenseur des droits soutient des activités d'études et de recherche afin de nourrir la réflexion et le débat public dans ses domaines de compétence.*

Cette publication constitue une synthèse du test de situation concernant le refus de soins opposé aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME)<sup>1</sup> mené, avec le soutien du ministère des Solidarités et de la Santé (représenté par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et la direction de la sécurité sociale (DSS)) et du Défenseur des droits, par une équipe de recherche de l'Institut des politiques publiques (IPP) composée de Pauline Mendras (assistante de recherche), Delphine Roy (directrice du programme « santé et autonomie »), Joyce Sultan Parraud (économiste) et Léa Toulemon (économiste).

*Les opinions mentionnées dans cette publication n'engagent que ses autrices et ne reflètent pas nécessairement la position du Défenseur des droits.*



Avec le soutien de



# RÉSUMÉ

Le refus de soins discriminatoire, prohibé en vertu de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique (CSP), est défini à l'article R. 1110-8 de ce code comme «*toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins*». L'ampleur des refus de soins est encore mal quantifiée. À ce jour, aucune donnée ne permet en particulier de mesurer l'ampleur des refus de soins opposés aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME)<sup>2</sup> ou de la complémentaire santé solidaire (CSS)<sup>3</sup> qui sont des dispositifs pour aider les personnes à faibles revenus face à leurs dépenses de santé.

L'objectif de cette 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 (AME ou CSS) et le genre du patient. Les praticiens de l'échantillon ont fait l'objet d'une tentative d'appel par des patients des trois statuts (bénéficiaire de l'AME, de la CSS, ou sans aide<sup>4</sup>).

Les motifs utilisés pour solliciter un rendez-vous auprès des professionnels de santé correspondent à des motifs courants de consultation. Les demandes n'ont aucun caractère urgent, afin que la possibilité de proposer un rendez-vous très rapidement ne puisse pas être un critère d'acceptation ou de refus. Les associations entre le bénéfice ou non d'une prestation et toutes les autres caractéristiques des patients (identité, motif de consultation, rang d'appel) font l'objet d'une rotation systématique d'un praticien à l'autre<sup>5</sup>.

La collecte des données a eu lieu de mars à septembre 2022, par une équipe de 10 enquêteurs et enquêtrices préalablement formés, auprès de 3 855 praticiens spécialistes (médecins généralistes, pédiatres et ophtalmologues). Dans l'ensemble, le taux de réponse des médecins échantillonnés ayant répondu aux patients des trois statuts est de 80 %, soit 3 086 praticiens.

Dans un cadre marqué par de fortes difficultés d'accès aux soins pour tous, les résultats de l'étude mettent en évidence des discriminations envers les patients bénéficiaires de l'AME, qui ont une probabilité d'obtenir un rendez-vous de 10 à 12 points de pourcentage plus faible que celle des patients de référence. Ces discriminations sont le fait d'une minorité de praticiens, mais ont une ampleur non négligeable et sont souvent exprimées de manière explicite par les praticiens. 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, et s'observent dans les deux secteurs d'activité (secteur 1 ou 2) et quel que soit le genre des praticiens (femmes et hommes).

Si les patients bénéficiaires de la CSS ont la même probabilité d'obtenir un rendez-vous que les patients de référence, ils font néanmoins également face à des refus discriminatoires dans 1 à 1,5% des cas. Cette discrimination de faible ampleur contraste avec les résultats d'études précédentes sur les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire de santé (ACS), prestations remplacées par la CSS en 2019.

---

# PRINCIPAUX RÉSULTATS

---

- Les taux d'obtention d'un rendez-vous sont peu élevés en moyenne : un patient, même s'il ne présente aucune caractéristique apparente 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.
- Les bénéficiaires de la CSS obtiennent des rendez-vous dans des proportions comparables à celles des patients de référence. L'étude ne détecte que de rares cas de discrimination explicite à leur encontre. Les bénéficiaires de la CSS semblent ainsi nettement moins discriminés actuellement que ne l'étaient autrefois les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, dispositifs préexistants à la CSS, au regard de l'étude menée en 2019 [Chareyron 2019].
- Les bénéficiaires de l'AME ont entre 14 et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un généraliste par rapport aux patients de référence, entre 19 et 37 % de chances en moins chez un ophtalmologue et entre 5 et 27 % chez un pédiatre.
- Les discriminations envers les bénéficiaires de l'AME sont souvent explicites : 4 % des demandes de rendez-vous des patients bénéficiaires de l'AME chez un généraliste se soldent par un refus discriminatoire explicite, 7 % des appels pour prendre rendez-vous chez un pédiatre et 9 % des appels chez un ophtalmologue.
- Les discriminations à l'encontre des bénéficiaires de l'AME sont transversales à toutes les spécialités étudiées et sans distinction selon le secteur d'activité du praticien.
- Dans l'ensemble, les praticiennes accordent 19 % de rendez-vous en moins que les praticiens. 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.
- Les résultats selon le genre du patient sont plus nuancés. 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.

---

# INTRODUCTION

---

Tout médecin est tenu, par son serment d'Hippocrate, d'intervenir et de soigner toute personne qui en aurait besoin<sup>6</sup>, d'assister les personnes en danger<sup>7</sup> et d'assurer la continuité des soins<sup>8</sup>. Le fait de refuser des soins est possible, mais de façon encadrée. Si le principe de non-discrimination est posé par le code de la santé publique<sup>9</sup>, il n'empêche pas le praticien de pouvoir, dans certaines circonstances qui relèvent d'un cadre juridique précis, refuser des soins (voir encart : cadre légal et réglementaire).

On parle de refus de soins discriminatoire lorsqu'un professionnel de santé refuse de recevoir ou traite moins bien un patient du fait d'un critère prohibé par la loi (état de santé, origine, âge, orientation sexuelle, handicap, etc.), ou parce qu'il est bénéficiaire d'une prestation comme la complémentaire santé solidaire (CSS) ou l'aide médicale de l'État (AME). 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.) uniquement à l'égard des patients bénéficiaires d'aide par exemple. 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 des refus de soins discriminatoire, la méthode consiste à appeler des professionnels de santé sélectionnés par des patients fictifs sollicitant un rendez-vous pour des motifs similaires. Ces patients diffèrent selon une caractéristique, ici le bénéfice d'une prestation (voir page méthodologie pour plus de détails).

Sont présentés ici les résultats d'un *testing* téléphonique mené de mars à septembre 2022 auprès de 3 086 praticiens, dans lequel on cherche à savoir si les taux d'obtention de rendez-vous des bénéficiaires de l'AME ou de la CSS sont différents de ceux des patients de référence dans trois spécialités (médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie). Pour mieux comprendre les discriminations, sont étudiées également les différences de taux d'obtention de rendez-vous selon la spécialité, le secteur d'activité du praticien et son genre. L'étude s'intéresse enfin aux raisons invoquées par les professionnels de santé pour refuser des rendez-vous.

## REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRE :

### LE CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE

Tous les refus de soins ne sont pas en tant que tels prohibés par la déontologie médicale. L'article R. 4127-47 du code de la santé publique (CSP) rappelle ainsi qu' « *un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ».

Toutefois, ce droit est encadré :

- D'abord, le droit de refuser des soins ne s'applique pas en cas d'urgence médicale et ne saurait conduire à ce qu'un médecin contrevienne à ses devoirs d'humanité (art. R. 4127-47 al. 2 du CSP) ;
- Il doit en outre s'exercer dans le respect de la continuité des soins due aux patients. Pour cela, le médecin qui se dégage de sa mission doit en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins (art. R. 4127-47 du CSP, al. 3) ;
- Enfin, le refus de soins ne saurait être discriminatoire (art. L. 1110-3 du CSP).

Les médecins sont concernés par la prohibition légale des discriminations, notamment l'article 2 de la loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 selon lequel « *Toute discrimination directe ou indirecte fondée sur un motif mentionné à l'article 1er est interdite en matière de protection sociale, de santé, d'avantages sociaux, d'éducation, d'accès aux biens et services ou de fourniture de biens et services* ».

Le principe de non-discrimination s'impose aussi aux médecins en vertu de la loi et de la déontologie médicale. Il apparaît dans les tout premiers principes du code de déontologie médicale (articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du CSP), et notamment à l'article R. 4127-7. Plus précisément, l'article L. 1110-3 du CSP interdit les discriminations « *dans l'accès à la prévention ou aux soins* » et, depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi « HPST », le même article prohibe expressément les refus de soins discriminatoires, notamment ceux fondés sur le type de protection maladie détenu par le patient<sup>10</sup>.

Les refus de soins discriminatoires sont également interdits par le code pénal. Consistant à refuser la fourniture d'un service à une personne sur le fondement de l'un des critères énumérés par l'article 225-1 du code pénal (état de santé, origine, âge, orientation sexuelle, handicap, etc.), ils sont passibles des sanctions prévues à l'article 225-2 du code pénal. Si la discrimination fondée sur le type de protection maladie n'y est pas expressément visée, l'article 225-1 dudit code prohibe en revanche la discrimination fondée sur la « *particulière vulnérabilité économique, apparente ou connue* ». Les refus de soins opposés au motif que le patient bénéficie de la CSS ou de l'AME semblent pouvoir s'y rattacher dans la mesure où la CSS comme l'AME sont réservées aux personnes dont les ressources n'atteignent pas un certain plafond.

Lorsque le patient s'estime victime d'une discrimination dans l'accès aux soins, il peut signaler son cas auprès de l'Assurance maladie ou de l'ordre du professionnel concerné depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Très peu de patients y ont eu recours en 2021 (147 plaintes pour refus de soins discriminatoires déposées<sup>11</sup>), probablement en raison de la méconnaissance de cette procédure.

# MÉTHODOLOGIE

L'étude consistait à réaliser un nouveau *testing* auprès de professionnels de santé en reproduisant la méthodologie employée en 2019 dans l'étude de Chareyron et *al.*, qui mesurait les refus de soins discriminatoires envers les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, dans trois spécialités de médecins (chirurgie-dentaire, gynécologie et psychiatrie) [Chareyron 2019].

La méthodologie est répliquée en partie en considérant deux aides, l'AME et la CSS (voir ci-après pour plus de détails sur les prestations étudiées) et trois nouvelles spécialités : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie. L'effet du critère de l'origine n'est pas testé, en revanche l'étude introduit le genre du patient comme dimension d'analyse, afin de voir si le bénéfice d'une prestation joue de la même manière sur les chances d'obtenir un rendez-vous, selon que le bénéficiaire est une femme ou un homme. À genre de patient donné, le protocole expérimental permet ainsi de comparer les taux de rendez-vous obtenus dans trois groupes de patients :

- les bénéficiaires de l'AME ;
- les bénéficiaires de la CSS ;
- les patients ne déclarant le bénéfice d'aucune aide (patients dits de « référence »).

Tous les patients appelant un même praticien sont du même genre et un même praticien fait l'objet d'une tentative d'appel par des patients des trois statuts. Dans les cas des appels vers des pédiatres, 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 déclinés par genre.

Les médecins ont été tirés au sort dans l'Annuaire Santé Ameli<sup>12</sup>. Une méthode d'échantillonnage par stratification a été mise en œuvre afin d'améliorer la représentativité des médecins de l'échantillon. Les critères utilisés pour la stratification sont la spécialisation

médicale, le type de conventionnement du médecin, la densité de population dans la commune et la part des individus bénéficiaires de la CSS par département.

Sur 3 855 praticiens initialement inclus, 92,8% ont été joints par au moins un profil de patient, et 80,1% ont pu être appelés par les trois profils de patients. Ces 3 086 praticiens (respectivement 1 088 généralistes, 1 008 ophtalmologues et 990 pédiatres) constituent le champ des tests dits « complets », sur lequel portent les résultats présentés ici. La variable principale à laquelle on s'intéresse rapporte le nombre de rendez-vous proposés aux enquêteurs (que le rendez-vous soit obtenu à date et heure fixes ou corresponde à un créneau<sup>13</sup>) au nombre d'appels aboutis : c'est le taux d'obtention d'un rendez-vous. Les tests complets incluent des appels vers des répondants ou bien des assistances vocales à la prise de rendez-vous que nous avons choisi de ne pas écarter. 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 répondants ou via l'assistance vocale.

Les patients fictifs se présentent tous et toutes comme des nouveaux patients. Ils utilisent des motifs courants de demande de rendez-vous, qui ont un caractère non urgent, afin que la possibilité d'avoir un rendez-vous très rapidement ne puisse constituer un critère d'acceptation ou de refus. Les patients bénéficiaires de l'AME et de la CSS annoncent en début de prise de rendez-vous qu'ils sont bénéficiaires d'une aide. Les associations entre le bénéfice ou non d'une prestation et toutes les autres caractéristiques des patients (identité, motif de consultation, rang d'appel) sont tirées au sort pour limiter toute source de variation qui pourrait venir biaiser l'effet que l'on souhaite mesurer.

La collecte des données a eu lieu du 14 mars au 31 septembre 2022, dans un contexte toujours marqué par la pandémie de Covid-19.



## LES PRESTATIONS ÉTUDIÉES

### LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS) : POUR DES PERSONNES AFFILIÉES À LA SÉCURITÉ SOCIALE

La CSS vise à faciliter l'accès à une assurance complémentaire santé pour les personnes qui résident en France de façon stable<sup>14</sup> et régulière, sont affiliées à la sécurité sociale française, et disposent de faibles ressources. Elle remplace, depuis novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Aucun dépassement d'honoraires ne peut être pratiqué lors de la prise en charge d'un patient bénéficiaire de la CSS.

Le plafond de ressources pour bénéficier de la CSS sans participation financière 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.

Fin 2021, 7,2 millions de personnes bénéficiaient de la CSS<sup>15</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les nouveaux allocataires du RSA se voient automatiquement attribuer la CSS (sauf opposition expresse de leur part), afin de limiter le non-recours important observé pour cette prestation.

Les dépenses pour la CSS étaient de 2,4 milliards d'euros en 2020. La dépense par bénéficiaire est de l'ordre de 400 € par an. Ce montant correspond au montant moyen dépensé par les organismes complémentaires.

### L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME) : UNE AIDE SPÉCIFIQUE POUR LES ÉTRANGERS EN SITUATION IRRÉGULIÈRE

L'AME permet aux étrangers en situation irrégulière d'avoir accès à certains soins, sous certaines conditions : bénéficiaire de ressources inférieures à un plafond et résider en situation irrégulière en France depuis au moins trois mois. Le plafond de ressources pour bénéficier de l'AME est le même que celui pour bénéficier de la CSS gratuite.

Cette aide a été créée en 2000, à la suite de l'exclusion des étrangers en situation irrégulière de la couverture maladie universelle (CMU). 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 est au cœur de l'étude, 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.

Fin 2021, près de 381 000 personnes bénéficiaient de l'AME de droit commun<sup>16</sup>. Le coût moyen par bénéficiaire s'élevait à 2 400 € en 2021, ce qui est comparable aux dépenses moyennes observées pour les assurés sociaux.

# RÉSULTATS

## UN ACCÈS AUX SOINS DIFFICILE POUR TOUS LES NOUVEAUX PATIENTS

L'étude montre en premier lieu que la prise de rendez-vous par téléphone est difficile, pour tous les patients. Les lignes téléphoniques des praticiens sont surchargées malgré la présence attestée d'un secrétariat dans près de trois quarts des cabinets contactés. En moyenne, quatre appels ont été nécessaires pour entrer en contact avec un cabinet médical, toutes spécialités confondues.

Une fois qu'un appel aboutit à un échange, le taux d'obtention d'un rendez-vous est faible, même pour les patients qui ne présentent pas un risque apparent de discrimination (les patients de « référence »). 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 avec un généraliste, un ophtalmologue ou un pédiatre dans 52 % des cas. C'était le cas de 70 % des patients de référence dans l'étude de Chareyron et *al.* (2019). Cet écart important s'explique sans doute en partie par des spécialités médicales et des profils de patients de référence différents entre les deux études, mais témoigne aussi peut-être des difficultés d'accès aux soins croissantes depuis 2019.

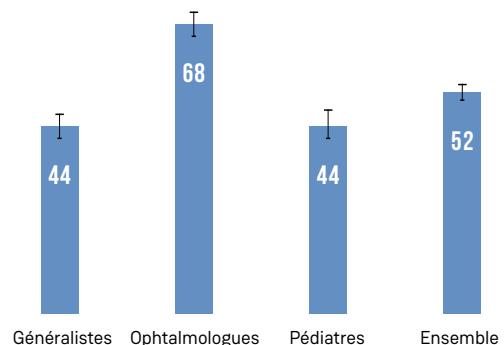
Le taux d'obtention d'un rendez-vous varie selon la spécialité du praticien sans que cette variabilité ne semble liée à la densité médicale propre à la spécialité : parmi les généralistes et les pédiatres, moins de la moitié propose un rendez-vous au patient sans aide (respectivement 44 % et 44 %) contre 68 % des ophtalmologues (graphique 1). 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 patient de référence (48 % des motifs invoqués, toutes spécialités confondues). Ce motif est plus fréquemment

cité par les généralistes, qui l'évoquent dans 60 % des refus, contre 38 % chez les pédiatres et 22 % chez les ophtalmologues. Les ophtalmologues l'invoquent moins, sans doute en raison de l'amplitude temporelle plus importante utilisée pour les rendez-vous. Pour cette spécialité en effet, la saturation des calendriers s'observe au niveau des délais de rendez-vous (cf. annexe 1).

L'étude confirme 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 dates éloignées, sans que cela soit lié à des motifs discriminatoires. Ces difficultés font écho à des résultats déjà connus [Millien 2018, Chapat 2020].

### GRAPHIQUE 1

Taux d'obtention d'un rendez-vous pour les patients de référence, selon la spécialité du médecin



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

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

**Lecture :** parmi les généralistes appelés, 44 % proposent un rendez-vous aux patients et patientes de référence.

## UN PATIENT DE RÉFÉRENCE OU BÉNÉFICIAIRE DE LA CSS OBTIENT UN RENDEZ-VOUS DANS 50 % DES CAS, UN BÉNÉFICIAIRE DE L'AME DANS 40 %

S'agissant des taux d'obtention de rendez-vous, il existe un écart net entre les patients bénéficiaires de l'AME et les autres patients considérés dans l'étude, à la défaveur des premiers, toutes spécialités confondues (graphique 2). En moyenne, les bénéficiaires de l'AME obtiennent un rendez-vous dans 40 % des cas contre 50 % pour les bénéficiaires de la CSS et 52 % pour les patients 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.

Ces résultats descriptifs se maintiennent lorsqu'on effectue des analyses « *toutes choses égales par ailleurs* », en contrôlant les caractéristiques de l'appel, du patient, du praticien et la densité de population dans sa commune d'exercice : les patients bénéficiant de l'AME ont toujours une probabilité d'obtenir un rendez-vous de 10 à 12 points de pourcentage plus faible que celle des patients de référence, alors qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence.

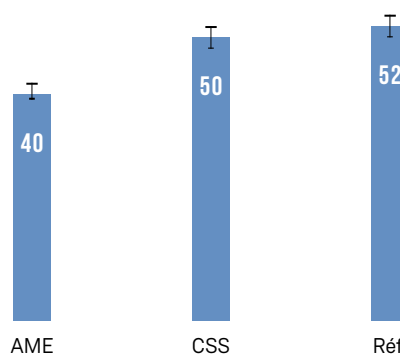
Une question connexe était de savoir si les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS étaient plus susceptibles d'être orientés vers un créneau sans rendez-vous. Le *testing* montre que les créneaux sans rendez-vous sont assez peu utilisés, et ne concernent pas davantage les bénéficiaires de prestations que les patients de référence.

L'analyse des délais d'attente entre la date d'appel et celle du rendez-vous obtenu montre par ailleurs des résultats contrastés (cf. annexe 1). Chez les généralistes, les délais d'attente des patients sont relativement courts et ne diffèrent pas selon le statut des patients,

avec la moitié des rendez-vous obtenus dans les 4 jours suivant l'appel. Les ophtalmologues proposent des rendez-vous dans des délais plus courts aux patients bénéficiaires de la CSS ou de « référence » (la moitié des rendez-vous obtenus par ces patients sont proposés dans un délai de 35 jours) en comparaison des bénéficiaires de l'AME, dont le délai médian d'obtention d'un rendez-vous passe à 41 jours. Chez les pédiatres au contraire, les délais d'attente sont inférieurs pour les bénéficiaires de l'AME (délai médian de 13 jours) en comparaison des autres statuts (délai médian de 16 jours).

**GRAPHIQUE 2**

Taux d'obtention d'un rendez vous selon le statut du patient (% et intervalles de confiance à 95 %)



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

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

**Lecture :** 40 % des patients bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous.

## UN ÉCART ENTRE LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME ET LES AUTRES PATIENTS QUI S'OBSERVE DANS LES 3 SPÉCIALITÉS ÉTUDIÉES

Les écarts de taux d'obtention d'un rendez-vous entre les patients bénéficiant de l'AME et les autres patients concernent les trois spécialités testées. Un bénéficiaire de l'AME appelant un médecin généraliste ou un ophtalmologue a 25 % de chances en moins d'obtenir un rendez-vous qu'un patient de référence et 16 % de chances en moins s'il appelle un pédiatre. L'écart est le plus élevé chez les ophtalmologues, spécialité auprès de laquelle le taux d'obtention moyen d'un rendez-vous est toutefois le plus élevé. Les bénéficiaires de l'AME semblent ainsi davantage discriminés par les ophtalmologues (18 points de pourcentage d'écart avec les patients de référence), même si ces patients obtiennent un rendez-vous dans 51 % des cas chez un ophtalmologue, contre 33 % chez un généraliste et 38 % chez un pédiatre. En revanche, les différences de taux d'obtention entre les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence ne sont statistiquement significatives dans aucune spécialité.

Une analyse «*toutes choses égales par ailleurs*», prenant en compte les caractéristiques de l'appel, du patient et du praticien, confirme que la discrimination des patients bénéficiaires de l'AME est bien présente dans les trois spécialités considérées. Cependant, dans ces 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<sup>17</sup> (cf. annexe 2 pour plus de détails). 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. Parmi ces médecins, la plupart refuse le ou les patients pour des raisons indépendantes des caractéristiques du patient (derniers créneaux disponibles) sans qu'il soit possible de le vérifier. C'est pourquoi, hormis dans les cas de discrimination directe et explicite, il n'est pas possible de conclure à partir de cette étude qu'un praticien donné se rend coupable de discrimination au regard du droit pénal s'il donne un rendez-vous aux autres patients

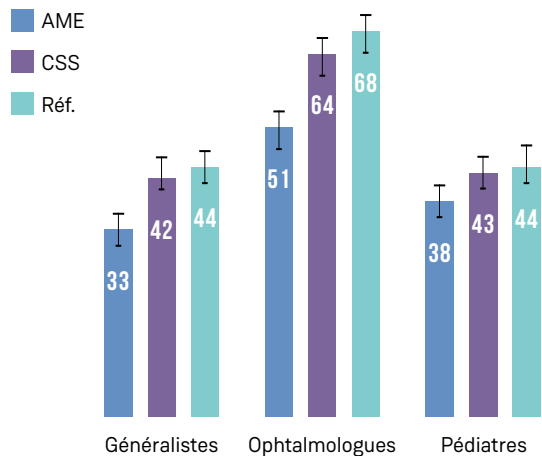
mais pas à celui qui bénéficie de l'AME, par exemple : il peut s'agir d'un hasard dû aux aléas de la prise de rendez-vous – tout comme le patient de référence peut parfois être le seul à ne pas obtenir de rendez-vous.

## DES DISCRIMINATIONS ENVERS LES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME, QUEL QUE SOIT LE SECTEUR D'ACTIVITÉ DES MÉDECINS

Les écarts observés entre les taux de rendez-vous accordés aux différents patients pourraient découler d'une logique économique. Le tarif conventionné devant être appliqué pour les bénéficiaires de la CSS, prendre en charge ces patients représente une perte de revenus 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 dépassement n'est pas obligatoire, mais elle est recommandée pour des raisons déontologiques<sup>18</sup>.

GRAPHIQUE 3

Taux d'obtention d'un rendez-vous selon la spécialité médicale et le statut du patient (% et intervalles de confiance à 95 %)



Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

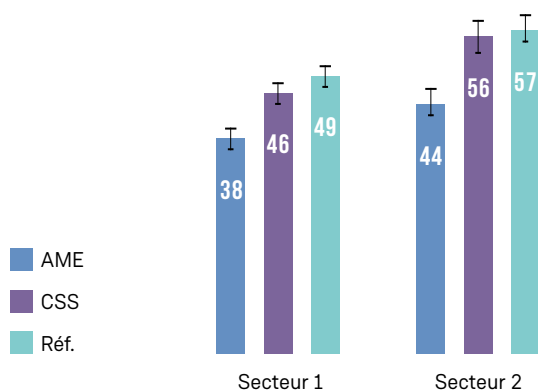
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

Lecture : 33 % des patients bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous auprès d'un généraliste.

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. Or, l'étude suggère une discrimination à l'encontre des bénéficiaires de l'AME, transversale à tous les secteurs (graphique 4). Les praticiens de secteur 2 refusent moins de patients que les praticiens de secteur 1, sans doute du fait d'une moindre saturation de leur calendrier : les premiers acceptent 57 % des patients de référence, quand les seconds n'en acceptent que 49 %. Pourtant, leurs pratiques discriminatoires envers les bénéficiaires de l'AME sont identiques : par rapport à un patient non bénéficiaire d'aide, un bénéficiaire de l'AME a 22 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous auprès d'un médecin de secteur 1 et 23 % de chances en moins auprès d'un médecin de secteur 2<sup>19</sup>. Concernant les bénéficiaires de la CSS, aucun écart de taux d'obtention de rendez-vous n'est observé, ni chez les praticiens de secteur 2 ni chez les praticiens de secteur 1.

**GRAPHIQUE 4**

Taux d'obtention d'un rendez-vous selon le secteur du médecin et le statut du patient (% et intervalles de confiance à 95 %)



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

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

**Lecture :** 38 % des patients bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous auprès de praticiens exerçant en secteur 1.

Le constat d'une discrimination significative envers les bénéficiaires de l'AME, transversale au secteur d'exercice, 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.

## LES PRATICIENNES REFUSENT PLUS DE PATIENTS

### QUE LES PRATICIENS, MAIS DISCRIMINENT

#### MOINS LES PATIENTS BÉNÉFICIAIRES DE L'AME

Dans l'échantillon des praticiens appelés par trois patients, la part de femmes s'élève à 41 %, 40 % et 68 % respectivement chez les généralistes, les ophtalmologues et les pédiatres. 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 [Jakubovitch 2012, Chaput 2019], ce qui laisse supposer qu'elles peuvent prendre en charge moins de patients, arrivant plus vite à saturation. 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.

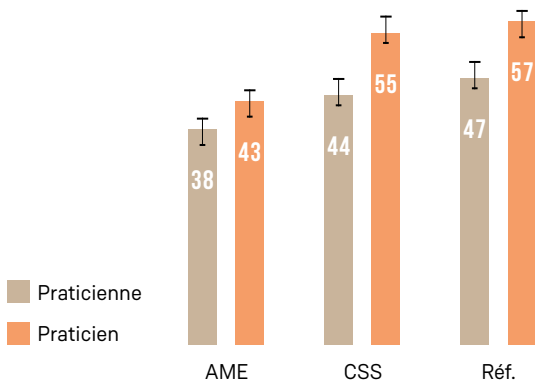
Les patients de référence appelant des médecins de genre féminin obtiennent moins souvent un rendez-vous que ceux qui appellent des médecins de genre masculin<sup>20</sup> (graphique 5), ces derniers ayant en moyenne des plages horaires de consultation plus étendues que celles des praticiennes comme évoqué plus haut. Les femmes accordent en effet 19 % de rendez-vous en moins que les hommes aux patients de référence. Ce résultat concerne plus particulièrement les femmes généralistes et 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 bénéficiaires d'aide que les autres : au contraire, les résultats montrent que celles-ci discriminent significativement moins les bénéficiaires de l'AME que les praticiens. 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.

**GRAPHIQUE 5**

Taux d'obtention d'un rendez-vous selon le genre du praticien et le statut du patient (% et intervalles de confiance à 95 %)



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.  
**Champ :** ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).  
**Lecture :** 38 % des patients bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous auprès d'une praticienne.

**LES RÉSULTATS SELON LE GENRE DU PATIENT SONT PLUS NUANCÉS ET DÉPENDENT DE LA SPÉCIALITÉ CONSIDÉRÉE**

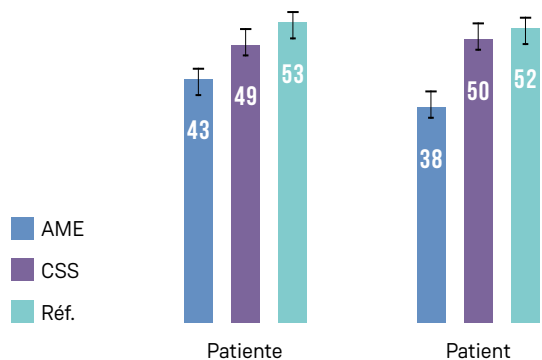
Quel que soit le genre du patient<sup>21</sup>, les bénéficiaires de l'AME ont moins de chances d'obtenir un rendez-vous que les patients bénéficiaires de la CSS ou de référence, et les bénéficiaires de la CSS obtiennent des rendez-vous dans des proportions comparables à celles des patients de référence (graphique 6). L'écart entre bénéficiaires de l'AME et patients de référence est similaire, de l'ordre de 19 % pour les patientes et 25 % pour les patients.

Toutefois, il convient de noter que les résultats sont contrastés lorsqu'on distingue la spécialité médicale. 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 et des hommes sont similaires.

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 points d'écart) mais se situe bien en-deçà de l'écart observé entre les hommes bénéficiaires de l'AME et les autres hommes (25 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.

**GRAPHIQUE 6**

Taux d'obtention d'un rendez-vous selon le genre et le statut du patient (% et intervalles de confiance à 95 %)



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.  
**Champ :** ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).  
**Lecture :** 43 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous.

Chez les pédiatres, le taux d'obtention d'un rendez-vous des patients bénéficiaires de l'AME (38 %) est plus faible que celui des patients de référence (42 %), mais cette différence n'est pas statistiquement significative. En revanche, on observe une discrimination envers les hommes<sup>22</sup> par rapport aux femmes dans l'échantillon de référence<sup>23</sup>, ainsi qu'une discrimination des femmes bénéficiaires de l'AME par rapport aux autres femmes.

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 (graphique 6). La discrimination à l'égard des bénéficiaires de l'AME semble donc ne pas dépendre du genre du patient.

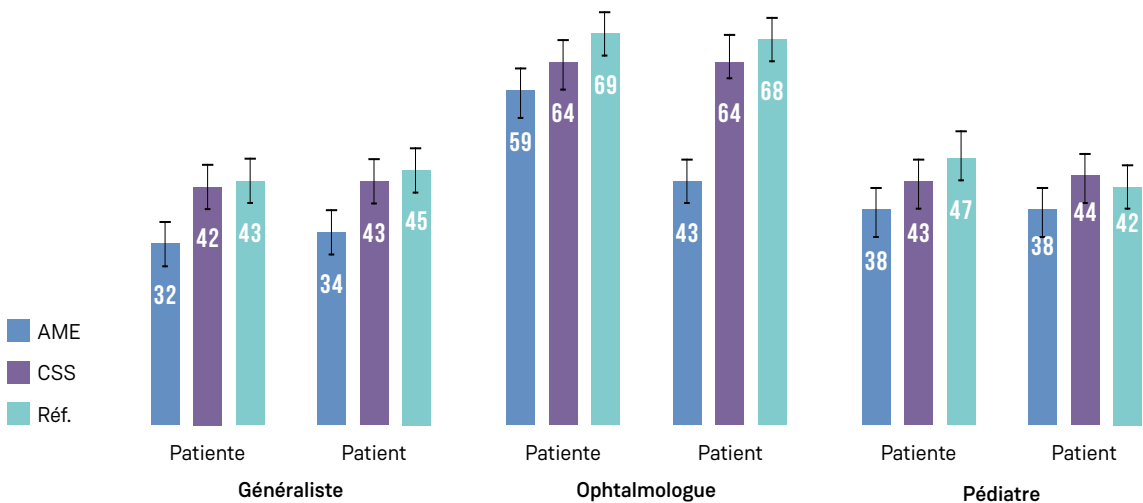
## LES MÉDECINS REFUSANT DES PATIENTS BÉNÉFICIAIRES DE L'AME LE FONT SOUVENT EXPLICITEMENT

Les patients discriminés car bénéficiaires d'une aide peuvent essuyer deux types de refus : des refus de soins explicitement discriminatoires (par exemple quand un praticien déclare ne pas prendre en charge les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS) et des refus de soins discriminatoires exprimés de façon dissimulée (lorsqu'un motif de refus légitime est invoqué mais de manière plus fréquente à l'encontre des bénéficiaires de l'AME ou de la 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.

Dans l'échantillon, 148 appels émis par un bénéficiaire de l'AME se soldent par un refus discriminatoire explicitement formulé du type « Désolé, on ne prend pas l'AME », soit 5 % des 3 086 appels complets de notre échantillon, ou encore 7 % des refus totaux<sup>24</sup>.

### GRAPHIQUE 7

Taux d'obtention d'un rendez-vous selon le genre et le statut du patient et la spécialité médicale (% et intervalles de confiance à 95 %)



Source : *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

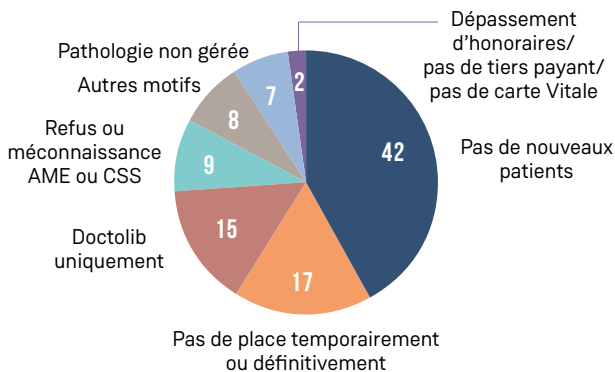
Champ : ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).

Lecture : 32 % des patientes bénéficiaires de l'AME ont obtenu un rendez-vous auprès d'un généraliste.

Si on considère également les refus pour méconnaissance de l'aide, adressés spécifiquement aux bénéficiaires de celle-ci, le taux de refus discriminatoire explicite 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 se soldent donc par un refus discriminatoire explicite, soit 6% des appels (ou 9% des refus – graphique 8). Deux motifs peuvent également être considérés comme directement discriminatoires puisqu'ils ne concernent, en pratique, quasiment que les bénéficiaires de l'AME ou de la CSS : la mention de dépassement d'honoraires (illégal 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 spécifiquement les bénéficiaires d'aide, le taux de refus discriminatoire explicite s'élève à 7% des appels émis par les bénéficiaires de l'AME, soit 1 appel sur 15.

**GRAPHIQUE 8**

Motifs de refus opposés aux bénéficiaires de l'AME



**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

**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 dans 42% des cas de refus adressés aux patients bénéficiant de l'AME.

Les bénéficiaires de l'AME ont donc moins de chances d'accéder à un rendez-vous (différence de 10 à 12 points de pourcentage) et 7% des demandes de rendez-vous formulées par des patients bénéficiant de l'AME se soldent par un refus explicitement discriminatoire. Les refus discriminatoires explicites représentent donc plus de la moitié des refus de soins opposés aux 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 CSS. En ajoutant les motifs « dépassement d'honoraires » et « pas de tiers payant ou carte Vitale », les refus discriminatoires explicites à destination des bénéficiaires de la CSS atteignent près de 2%. Les patients de référence se voyant opposer plus souvent d'autres motifs (tels que « pas de nouveaux patients », « pas de place temporaire disponible », etc.), 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.

## LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AME ET L'AMÉLIORATION DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS POUR

### LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CSS : ÉLÉMENTS

#### DE DISCUSSION

L'absence de discrimination d'ampleur constatée à l'égard des bénéficiaires de la CSS, contrastant avec les études antérieures, peut s'expliquer en premier lieu par une simplification de la gestion de la CSS et des évolutions normatives depuis sa création en novembre 2019. La fusion de l'ACS avec la CMU-C a en effet permis 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. En second lieu, la pratique du tiers payant s'est considérablement étendue depuis la précédente étude. Depuis 2017, de nouveaux



soins, au titre de l'assurance maternité et d'une affection de longue durée, sont pris en charge par le tiers payant contribuant à renforcer son application par les praticiens. La pratique a également été favorisée par des évolutions techniques concernant les outils et les systèmes d'information permettant la télétransmission des feuilles de soins électroniques<sup>25</sup>.

Le manque à gagner éventuellement lié à la prise en charge de patients AME ne semble pas déterminant, puisque l'étude ne montre pas 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. En revanche, la discrimination transversale des bénéficiaires de l'AME peut s'expliquer en partie par des coûts administratifs plus importants notamment lorsque le praticien utilise la télétransmission. Le fait que les bénéficiaires de l'AME ne soient pas assurés sociaux et ne bénéficient pas de carte Vitale induit en effet des démarches administratives plus lourdes pour les professionnels de santé (et les caisses d'assurance maladie) que pour les détenteurs de la carte Vitale. Le praticien est ainsi tenu de télétransmettre une feuille de soins électronique en mode « SESAM-Vitale dégradé », dont le taux de rejet est *a priori* plus élevé que celui des feuilles de soins en mode sécurisé, et qui doit s'accompagner par ailleurs d'un duplicata papier ainsi que d'un bordereau récapitulatif envoyés aux caisses d'assurance.

La non-maîtrise du français par le patient<sup>26</sup> et les difficultés du recours à l'interprétariat sont d'autres facteurs qui peuvent être invoqués par les professionnels de santé. Les bénéficiaires de l'AME héritent également des représentations négatives sur la santé des personnes les plus pauvres en termes économiques auxquelles s'ajoutent les représentations sur la santé des personnes migrantes. Ces représentations peuvent elles-mêmes être influencées par des stéréotypes et préjugés qui circulent à propos des bénéficiaires de l'AME (patients qui auraient davantage tendance à ne pas honorer leur rendez-vous ; appréhension du professionnel de santé à prendre

en consultation des publics en situation de grande précarité [Desprès 2017]).

Contrairement aux bénéficiaires de la CSS, les bénéficiaires de l'AME sont des étrangers sans titre de séjour, ce qui ajoute à leur vulnérabilité. Le stéréotype selon lequel 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 leur prise en charge 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.

## LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Ce *testing* permet de mettre en lumière la discrimination dont sont victimes les bénéficiaires de l'AME au moment de la prise de rendez-vous par téléphone 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. 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 traitant au-delà d'une consultation ponctuelle, ou encore que les bénéficiaires de l'AME fassent l'objet d'une discrimination

moins 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.

Une seconde 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<sup>27</sup>, elles ne permettent plus aux praticiens de traiter différemment des autres les patients bénéficiaires de prestations. La discrimination totale dans l'accès à un rendez-vous, tous modes de contact confondus, est donc moindre que celle que nous mesurons sur les seuls contacts par téléphone. Il est 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.

---

## CONCLUSION

---

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 pédiatre, un ophtalmologue ou un généraliste, un nombre important de praticiens n'acceptant pas de nouveaux patients. Pour les ophtalmologues, la saturation des plannings s'observe plutôt au niveau des délais de rendez-vous.

Dans ce contexte marqué par des 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 et sont souvent exprimées de manière explicite. 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'activité (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 ait 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 peut-être, en partie du moins, expliquer ces pratiques discriminatoires.

# NOTES

- <sup>1</sup> Le rapport complet peut être obtenu sur le site de l'IPP ou de la DREES.
- <sup>2</sup> À plusieurs reprises, le Défenseur des droits a souligné l'absence de dispositif de suivi dédié aux refus de soins discriminatoires opposés aux bénéficiaires de l'AME et recommandé la mise en place, pour ces derniers, d'un suivi quantitatif et qualitatif similaire à celui prévu pour les bénéficiaires de la CMU-C par la circulaire de la CNAM n°33-2008 du 30 juin 2008 (Défenseur des droits, *Les droits fondamentaux des étrangers en France*, Rapport, 2016, p. 203; Personnes malades étrangères: des droits fragilisés, des protections à renforcer, Rapport, 2019, p. 27).
- <sup>3</sup> La première enquête nationale par *testing*, réalisée à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C, par une équipe de recherche du TEPP-CNRS (Chareyron et al.) avait en 2019 permis de mesurer les différences de traitement dans l'accès aux soins auprès de chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres et selon deux critères: l'origine supposée de la patiente (identifiée à travers son prénom et son nom) et la vulnérabilité économique (identifiée par le fait de bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire -CMU-C ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé -ACS).
- <sup>4</sup> Ce patient qui ne bénéficie d'aucune aide constitue dans cette étude par *testing* le « patient de référence ».
- <sup>5</sup> Tous les paramètres relatifs à l'enquête ont été attribués aléatoirement aux praticiens (identité, ordre d'appel des patients et motif de consultation). Par exemple, pour un praticien donné, il se peut que le patient de « référence » appelle en premier, ce qui augmente ses chances d'obtention d'un rendez-vous. Pour le praticien suivant, le patient de « référence » appellera en dernier.
- <sup>6</sup> Article 7 du code de déontologie médicale ou R. 4127-7 CSP.
- <sup>7</sup> Article 9 dudit code.
- <sup>8</sup> Article 47 dudit code.
- <sup>9</sup> Articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du code de la santé publique.
- <sup>10</sup> « Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne, y compris refuser de délivrer un moyen de contraception en urgence, 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 en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale [à savoir la CSS], ou du droit à l'aide prévu à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles [à savoir l'AME] ».
- <sup>11</sup> Cf. le rapport d'activité 2021 de l'Assurance maladie.
- <sup>12</sup> [Annuaire.sante.ameli.fr](https://annuaire.sante.ameli.fr)
- <sup>13</sup> Ont également été comptabilisés des rendez-vous proposés aux patients bénéficiaires de l'AME ou de la CSS alors que des dépassements d'honoraires ont été annoncés durant l'appel.
- <sup>14</sup> Depuis au moins 3 mois.
- <sup>15</sup> Source: ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire. Édition 2021.
- <sup>16</sup> Source: DSS, Cnam.
- <sup>17</sup> Les professionnels refusent les rendez-vous aux trois profils de patients ou, au contraire, acceptent les trois.
- <sup>18</sup> 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 médecins (mars 2022) désigne le dépassement d'honoraires pour des patients AME comme un refus de soins discriminatoire.
- <sup>19</sup> Ce taux ne prend pas en compte la totalité des refus de soins discriminatoires au sens de la Commission d'évaluation (mentionnée en note 18) puisque certains rendez-vous ont été obtenus, sous réserve que le patient accepte de s'acquitter du dépassement d'honoraires (information fournie au patient souvent en fin d'appel).
- <sup>20</sup> Pour faire cette analyse, on utilise le genre du praticien tel qu'il est donné dans les données de l'Annuaire Santé Ameli: il ne correspond pas toujours au genre de la personne qui répond au téléphone.
- <sup>21</sup> Pour chaque spécialité, l'échantillon a été divisé selon que le praticien ait été appelé par un triplet de patientes ou un triplet de patients.
- <sup>22</sup> C'est le genre du parent qui est pris en compte dans l'analyse (tous les enfants fictifs étant de genre masculin).
- <sup>23</sup> Le taux d'obtention d'un rendez-vous d'un homme de référence est inférieur de 5,3 points à celui d'une femme de référence.
- <sup>24</sup> Les 148 refus discriminatoires sont rapportés ici au nombre total de refus opposés aux bénéficiaires de l'AME (1996).
- <sup>25</sup> Parmi ces évolutions, on peut citer celles concernant le cahier des charges SESAM-Vitale mettant à disposition des professionnels de santé des outils facilitant le 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 payants légaux. Le déploiement depuis 2016 du téléservice « ADRI » (Acquisition des Droits intégrés) d'identification des droits en ligne intégré au logiciel SESAM-Vitale, qui fiabilise l'information des praticiens sur les droits des assurés par l'intermédiaire d'un accès direct aux bases de données des organismes d'assurance maladie, a aussi contribué à la généralisation du tiers payant.
- <sup>26</sup> Dans le cadre du présent *testing*, les enquêteurs et enquêtrices ayant joué les patients et patientes AME étaient allophones mais maîtrisaient très bien le français, et les praticiens ont pu le constater au téléphone.
- <sup>27</sup> Décision-cadre 2018-18-269 du 22 novembre 2018 relative aux discriminations à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME sur les plateformes de prise de rendez-vous en ligne et comportant des recommandations générales.

---

# ANNEXE

---

---

## ANNEXE 1 :

---

### DÉLAIS D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS

En cas de rendez-vous obtenu avec un praticien, les délais d'attente entre la date d'appel et la date du rendez-vous proposé diffèrent beaucoup entre les trois spécialités. Si les ophtalmologues sont ceux qui proposent en moyenne le plus de rendez-vous, la moitié des rendez-vous obtenus par les patients de « référence » leur sont proposés 35 jours après l'appel (voir colonne « Médiane - 50 % des rendez-vous » du tableau 1). Pour un quart des rendez-vous obtenus par les patients de « référence » auprès d'un ophtalmologue, le délai d'attente s'élève même à plus de 78 jours après l'appel (colonne « 75 % des rendez-vous »). Les rendez-vous sont obtenus dans des délais plus raisonnables chez un généraliste, et dans une moindre mesure chez un pédiatre. La moitié des rendez-vous sont donnés avant 4 jours chez les généralistes, avec un quart des rendez-vous donnés le jour même ou le lendemain de l'appel (colonne « 25 % des rendez-vous ») pour les patients de « référence ». Une plus grande dispersion est observée pour les pédiatres. Si 50 % des rendez-vous sont donnés à moins de 16 jours après l'appel, un quart des rendez-vous sont donnés moins de 5 jours après l'appel tandis qu'un autre quart est donné plus de 43 jours après l'appel. La difficulté d'accès aux soins s'appréhende ainsi plutôt au niveau des délais de rendez-vous proposés par les ophtalmologues.

L'analyse des délais d'attente par statut de patient conduit à des résultats contrastés. Chez les généralistes, les délais d'attente sont très similaires entre les trois statuts : la moitié des rendez-vous sont obtenus dans un délai inférieur à trois jours pour les bénéficiaires de l'AME contre quatre jours pour les autres statuts. Les différences sont plus marquées chez les ophtalmologues : plus de rendez-vous

sont proposés dans un délai plus raisonnable aux patients bénéficiaires de la CSS (médiane de 32 jours) ou de « référence » (35 jours) en comparaison des bénéficiaires de l'AME (41 jours). Un quart des rendez-vous donnés par des ophtalmologues aux patients bénéficiant de l'AME sont également donnés 16 jours après l'appel, contre 10 et 11 jours pour les bénéficiaires de la CSS et les patients de référence respectivement. Chez les pédiatres, au contraire, 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.

Ces résultats suggèrent que les refus de soins 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).

Une analyse « *toutes choses égales par ailleurs* », contrôlant les caractéristiques de l'appel, du patient, du praticien et de la densité de la population dans sa commune d'exercice, confirme ces résultats descriptifs : les délais d'attente chez les ophtalmologues sont significativement plus élevés pour tous les patients en comparaison des généralistes et des pédiatres. L'interaction entre le bénéfice de l'AME et la pédiatrie est statistiquement significative et négative, confirmant le résultat détaillé ci-dessus. En moyenne, les bénéficiaires de l'AME ont un rendez-vous chez un pédiatre dans un délai inférieur à 18 % du délai des patients de référence (quand ces patients se sont vus proposer un rendez-vous).

**TABLEAU 1**

Délais d'obtention des rendez-vous (en jours), selon la spécialité médicale

	10 % DES RENDEZ-VOUS	25 % DES RENDEZ-VOUS	MÉDIANE - 50 % DES RENDEZ-VOUS	MOYENNE	75 % DES RENDEZ-VOUS	90 % DES RENDEZ-VOUS
<b>GÉNÉRALISTES</b>						
Patients bénéficiaires de l'AME	1	1	3	9	8	21
Patients bénéficiaires de la CSS	0	1	4	7	7	15
Patients de référence	1	1	4	8	8	16
<b>OPHTALMOLOGUES</b>						
Patients bénéficiaires de l'AME	5	16	41	58	77	131
Patients bénéficiaires de la CSS	4	10	32	55	77	135
Patients de référence	3	11	35	56	78	134
<b>PÉDIATRES</b>						
Patients bénéficiaires de l'AME	1	4	13	25	41	69
Patients bénéficiaires de la CSS	2	5	17	29	43	71
Patients de référence	2	5	16	28	43	70

**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.**Champ :** ensemble des tests complets (praticiens appelés par trois patients pendant la durée du *testing*).**Lecture :** chez les généralistes, 50 % des rendez-vous sont donnés dans un délai inférieur à 3 jours pour les patients bénéficiaires de l'AME.

---

## ANNEXE 2 :

---

### DISTRIBUTION DU NOMBRE DE RENDEZ-VOUS PAR STATUT ET SPÉCIALITÉ

Plus d'un tiers des médecins contactés ne proposent de rendez-vous à aucun patient (40% des généralistes, 39% des pédiatres et 22% des ophtalmologues). Un peu plus d'un quart accepte les trois patients (20% des généralistes, 39% des ophtalmologues, 23% des pédiatres). Ainsi, pour presque deux tiers des praticiens, aucun traitement différencié n'est observé entre les 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 39% des praticiens qui proposent un rendez-vous à seulement un ou deux des patients. Le tableau 2 détaille ces cas.

En l'absence de discrimination, s'il s'agissait strictement d'une question de disponibilité des créneaux, seul le premier patient ou les deux premiers obtiendraient un rendez-vous, et ce quel que soit leur statut. Puisque l'ordre d'appel des trois patients est aléatoire, les pourcentages de patients de référence, de patients bénéficiant de l'AME et de bénéficiaires de la CSS devraient alors être les mêmes parmi les cas où une seule personne sur trois obtient un rendez-vous, comme parmi les cas où deux personnes sur trois en obtient un. 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% 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. Lorsqu'un seul patient obtient un rendez-vous (18% des tests complets), en l'absence de 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% des appels, soit 39% des cas où seul un patient obtient un rendez-vous. Le patient bénéficiaire de la CSS l'obtient dans un tiers des cas ( $6\%/18\% = 33\%$ ), et le bénéficiaire de l'AME dans moins d'un quart des cas ( $4\%/18\% = 22\%$ ).

**TABLEAU 2**

Rendez-vous donnés par les médecins selon leur spécialité et le statut du patient (en %)

	ENSEMBLE (%)	GÉNÉRALISTES (%)	OPHTALMOLOGUES (%)	PÉDIATRES (%)
Rendez-vous pour aucun	34	40	22	39
Rendez-vous pour un patient	18	20	13	20
REF seulement	7	9	6	7
AME seulement	4	5	2	6
CSS seulement	6	7	4	7
Rendez-vous pour deux patients	21	19	26	18
REF + AME	5	4	5	5
REF + CSS	12	11	17	9
CSS + AME	4	4	4	4
Rendez-vous pour tous	27	20	39	23
Nombre praticiens	3 086	1 088	1 008	990

**Source :** *testing* Défenseur des droits-DSS-DREES-IPP.

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

**Lecture :** 40 % des généralistes appelés n'ont donné rendez-vous à aucun des trois patients.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

Millien C., Chaput H., 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.

Chaput H., Monziols M., Ventelou B., Zaytseva A., Chevillard G., Mousquès J., Fressard L., Verger P., Bournot M.-C., Buyck J.-F., Jolivet A., Zémour F., 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.

Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A. (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.

Chareyron S., L'Horty Y., 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 CMU.

Desprès C., Lombrail P. (2017).

«*Des pratiques médicales et dentaires entre différenciation et discrimination : une analyse de discours de médecins et dentistes*», Rapport pour le Défenseur des droits et le Fonds CMU.

Jakoubovitch S., Bournot M.-C., Cercier É., 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.

Le Rolland L., Mendras P., Roy D., Sultan Parraud J., Toulemon L., (à paraître),

«*Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale d'État*», Rapport IPP, Dossier de la DREES.



Dans le cadre de ses missions confiées par la Loi organique du 29 mars 2011, le Défenseur des droits soutient des travaux d'études et de recherches intéressant ses différents champs de compétence :

- la défense et la promotion des droits des usagers des services publics ;
- la défense et la promotion des droits de l'enfant ;
- la lutte contre les discriminations et la promotion de l'égalité ;
- le respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité ;
- l'orientation et la protection des lanceurs d'alerte.

La collection Éclairages se propose de mettre à disposition des spécialistes, des décideurs, des professionnels comme du public le plus large, les synthèses des travaux menés par des équipes de recherche pluridisciplinaires et indépendantes pour le compte de l'institution. Elle a vocation à éclairer le débat public et documenter les enjeux de l'intervention du Défenseur des droits.