



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

A large, semi-transparent version of the IPP logo is positioned in the bottom right corner of the page. It consists of the lowercase letters 'ipp' in a dark teal font, centered within a circular frame made of two curved teal lines.





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](http://www.ipp.eu)



**PARIS SCHOOL OF ECONOMICS**  
ÉCOLE D'ÉCONOMIE DE PARIS





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



# 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 Boulekater, 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 bénéficiaire 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 a 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.