



D



Études & Résultats

Octobre 2019

Les refus de soins discriminatoires : tests dans trois spécialités médicales

Face au droit, nous sommes tous égaux

Défenseur des droits
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Études & Résultats

Les refus de soins
discriminatoires liés à l'origine
et à la vulnérabilité économique :
tests dans trois spécialités
médicales en France



Octobre 2019

Résumé



L'étude 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 Sylvain CHAREYRON, Yannick L'HORTY et Pascale PETIT du laboratoire ERUDITE des universités Paris-Est Marne-la-Vallée et Paris-Est Créteil.

L'étude mesure les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères prohibés par la loi : l'origine et la situation de vulnérabilité économique. Le critère de l'origine est appréhendé à partir de la consonance du patronyme, celui de la situation de vulnérabilité économique à travers le fait de bénéficier de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Elle s'appuie sur un *testing* représentatif au niveau national conduit auprès de 1 500 cabinets médicaux à partir de trois profils de patientes fictives.

Le fait de ne retenir que des profils féminins tient au fait d'avoir inclus la gynécologie dans les spécialités testées et à des considérations de comparabilités des résultats selon les spécialités.

Les résultats mettent 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, sont le fait de 9% des dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres. Une analyse *toutes choses égales par ailleurs* révèle que ces discriminations sont plus fortes à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que pour les profils relevant de la CMU-C, elles sont par ailleurs plus marquées en secteur 2 qu'en secteur 1¹. Enfin, leur intensité est variable selon les régions, avec une fréquence plus élevée en Ile-de-France, indépendamment de la densité médicale locale.

L'étude révèle également, dans certaines régions seulement, des discriminations selon l'origine.

Le taux global des refus de rendez-vous (qu'ils soient licites ou discriminatoires) témoigne de l'ampleur des difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42% des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'ont pas eu accès à un rendez-vous, ce taux variant de 25% à 66% selon la spécialité.

¹ Les honoraires pratiqués par les médecins et le montant qui sert de base de remboursement à l'Assurance maladie varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou autre spécialité) et de son secteur d'activité (secteur 1 ou 2) : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance maladie ; Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres.

Introduction



La CMU-C et l'ACS² visent à lever les barrières financières de l'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité qui y sont éligibles. En 2018, plus de 7,3 millions de personnes en bénéficient (5,64 millions pour la CMU-C et 1,7 million pour l'ACS). Il s'agit d'aides attribuées sous conditions de ressources visant à garantir l'accès aux soins au plus grand nombre (voir encart) ; elles permettent une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé de la personne éligible. Les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS sont dispensés de l'avance de frais (tiers payant intégral) et ne peuvent se voir facturer de dépassements d'honoraires. A partir du 1^{er} novembre 2019, une fusion des deux dispositifs est prévue dans le cadre de la nouvelle protection complémentaire en matière de santé qui sera dénommée « Complémentaire santé solidaire ».

Malgré l'existence de ces dispositifs visant à assurer un accès aux soins pour les plus démunis, et à éviter de créer « une médecine de pauvre », les pratiques de certains professionnels de santé freinent encore la pleine effectivité de ces modalités d'accès aux soins.

En 2004, une première étude de référence menée par la Drees mettait en évidence que 15% de la population bénéficiaire de la CMU-C déclarent avoir subi un refus de soins discriminatoire de la part d'un professionnel de santé du seul fait d'être considéré comme bénéficiaire de cette prestation [Boisguerin 2004]. Ces situations illicites mettent à mal le droit à la santé pour tous et sont contraires aux principes déontologiques des professionnels de santé.

Si les professionnels de santé ont la possibilité de refuser de recevoir des patients conformément aux dispositions de l'article R.4127 du code de la santé publique - « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* » -, cette possibilité n'est légitime que dans certaines conditions qui relèvent d'un cadre juridique précis. Les situations de refus de soins fondées sur un critère prohibé de discrimination constituent en revanche un cas illicite prévu par le code de la santé publique³. Outre les critères de discriminations prévus au code pénal, tels que l'origine, l'état de santé, l'orientation sexuelle, etc., ce dernier prohibe spécifiquement le refus de soigner un patient au prétexte qu'il est bénéficiaire de la CMU-C ou de l'ACS⁴. Un refus de soins discriminatoire à l'encontre d'une personne bénéficiaire d'une aide ciblée sur les ménages en situation de vulnérabilité économique, est donc non seulement un acte contraire à la déontologie et à l'éthique médicale, mais aussi un délit au regard de la loi⁵ et un sujet d'intérêt pour les autorités publiques [Ministère de la santé 2010, Défenseur des droits 2014].

Des tests de discriminations ont déjà été conduits en France dans le domaine de l'accès aux soins [Softic 2002, Vélissaropoulos 2006, Desprès 2006 & 2009]. Ces travaux ont mis en évidence l'existence de situations de refus de soins discriminatoires à l'encontre notamment des bénéficiaires de la CMU-C, particulièrement pour les médecins généralistes et les spécialistes en secteur 2. Ces derniers, sont toutefois désormais anciens, et portent sur des échantillons de localités restreints et sur un faible nombre d'observations. Ils n'ont de plus jamais été effectués pour l'ACS.

La présente étude a pour objectif de mesurer les différences de traitement dans l'accès aux soins des patients pour trois spécialités médicales (chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres) et selon deux critères : l'origine du patient et la vulnérabilité économique identifiée par le fait de bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS.

² Au premier avril 2019, le plafond de ressources pour bénéficier de la CMU-C était de 746 € pour une personne seule. L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond d'attribution de la CMU-C et 35% de ce plafond (soit entre 746 € et 1 007 € pour une personne seule).

³ Code de la santé publique - Article L1110-3.

⁴ Mais aussi de l'Aide médicale d'Etat (AME).

⁵ Selon l'article L. 1110-3 du Code de la santé publique, « *Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne pour l'un des motifs visés au premier alinéa de l'article 225-1 du Code pénal ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide prévus articles L. 861-1 et L. 863-1 du Code de la sécurité sociale, ou du droit à l'aide prévue à l'article L. 251-1 du Code de l'action sociale et des familles. [...]* ».

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



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

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

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

Les personnes dont les ressources mensuelles sont un peu supérieures, comprises entre 746 € et 1 007 €, ont droit à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), créé en 2004 pour atténuer l'effet de seuil au sortir de la CMU-C. Cette aide permet de réduire, et dans certains cas, de prendre en charge totalement le montant d'une cotisation annuelle à une complémentaire santé à choisir parmi trois contrats qui comportent des niveaux de garanties différents. Le montant de l'aide est progressif avec l'âge du patient. On dénombre 1,65 millions de bénéficiaires de l'ACS au 31 décembre 2018 pour un coût budgétaire de 390 millions d'euros.

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

A partir du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS vont fusionner pour devenir la "Complémentaire santé solidaire". La réforme correspond de fait à une extension de la CMU-C dans la mesure où les bénéficiaires éligibles à l'ACS accéderont au même panier de soins que celui de la CMU-C, en contrepartie d'une participation financière. Le montant maximal de la participation financière ne dépassera pas 1 euro par jour et sera progressif avec l'âge. Pour les moins de 29 ans, il sera de 8 euros par mois et il atteindra 30 euros par mois pour les 70 ans et plus. A terme, il n'existera donc plus qu'un seul dispositif, la Complémentaire santé solidaire, avec ou sans participation financière, selon les plafonds de ressources qui existent actuellement.

Méthodologie



Cette étude repose sur un *testing* téléphonique conduit auprès de professionnels issus de trois spécialités médicales : chirurgiens-dentistes, gynécologues et psychiatres. Pour chaque spécialité, une prise de rendez-vous a été sollicitée par trois patientes fictives : une patiente de référence, une patiente révélant par son patronyme une origine africaine, une patiente indiquant bénéficiaire, une fois sur deux, de la CMU- C ou de l'ACS. Le fait de ne retenir que des profils féminins pour la présente étude tient ici au fait d'avoir inclus la gynécologie dans les spécialités testées et à des considérations de comparabilités des résultats des tests selon les spécialités.

Les scripts de prises de rendez-vous étaient à la fois simples et neutres. En cas de demande de précision de la part du secrétariat médical pour le motif du rendez-vous, le motif médical modal de consultation dans chaque spécialité a été indiqué, sans urgence médicale pour ne pas biaiser les résultats en raison de l'indisponibilité du professionnel de santé. Les motifs de consultation ont été rédigés pour être équivalents en nature d'une patiente à l'autre, et en intensité d'une profession à l'autre. Ce faisant, les résultats des tests sont comparables d'une profession de santé à une autre.

Ce *testing* téléphonique a été réalisé entre février et mai 2019. Il est représentatif au niveau national avec plus de 1 500 cabinets couverts, 4 500 demandes de rendez-vous et 3 000 tests de discriminations effectifs. La répartition spatiale des cabinets testés et le conventionnement des professionnels de santé est très proche de celui de la France entière.

Comme tout travail empirique établi à partir de données issues de tests de situation, cette étude présente plusieurs limites qui doivent être rappelées. Elle permet de mesurer les différences lors de la prise de rendez-vous mais elle ne couvre pas les différences de traitement qui peuvent intervenir en aval lors de la prise en charge médicale, du diagnostic à la réalisation des soins. Seul l'accès à un rendez-vous médical est testé et non la qualité de la prestation fournie par les praticiens. Les tests ont été réalisés sur une plage de temps donnée et reflètent la situation sur cette période en France métropolitaine. Même s'il est supérieur à celui de toutes les études précédentes établies avec un protocole similaire, le nombre de 1 000 tests par spécialité reste limité.

Principaux résultats

Une forte discrimination selon la vulnérabilité économique

Les résultats du *testing* indiquent, qu'au total, la patiente de référence obtient un rendez-vous avec succès dans 70% des cas alors que la personne bénéficiaire d'une aide (CMU-C ou ACS) a un taux de succès de seulement 58%.

En moyenne, les rendez-vous sont obtenus dans un délai de 20 jours pour les chirurgiens-dentistes, 45 jours pour les gynécologues et 31 jours pour les psychiatres. On ne constate pas de différence significative des délais d'obtention selon les profils des patients. Néanmoins le niveau global de refus de rendez-vous (qu'ils soient licites ou discriminatoires) reflète les réelles difficultés d'accès aux soins des patients en situation de précarité : 42% des patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS n'ont pas eu accès à un rendez-vous ce taux variant de 25% pour l'accès à une consultation dentaire à 66% pour l'accès à une consultation par un psychiatre.

La différence entre les taux d'obtention d'un rendez-vous caractérise le refus de soins discriminatoire. Les résultats de l'étude permettent de relever que 12% des cabinets contactés refusent un rendez-vous à la patiente bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS alors qu'ils l'accordent à une patiente non bénéficiaire qui formule, à la même période, une demande de rendez-vous portant sur le même type de pathologie sans caractère d'urgence. Ainsi, un cabinet sur 10 refuse de recevoir les personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires d'une aide à la couverture complémentaire santé.

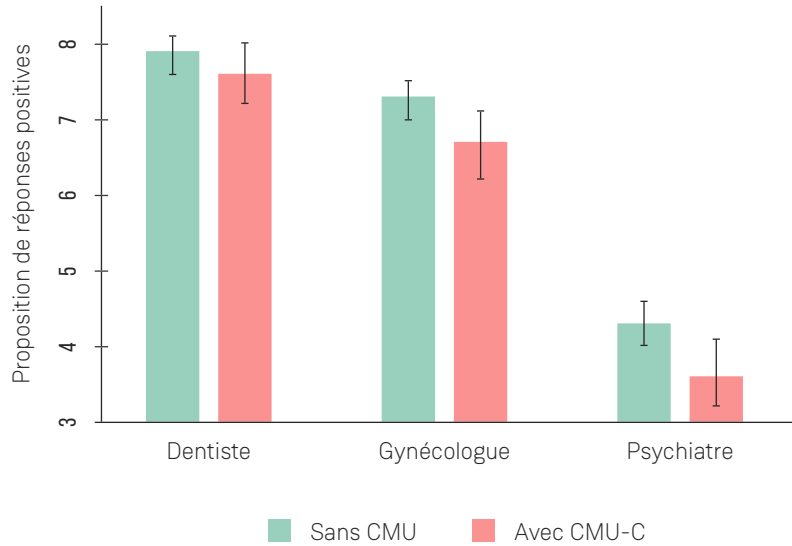
Les écarts entre les trois spécialités apparaissent à la fois forts et univoques. Les refus de soins discriminatoires sont le fait de 9% des chirurgiens-dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres. Le refus de soin discriminatoire est jusqu'à deux fois plus marqué pour les bénéficiaires de l'ACS que pour ceux qui disposent de la CMU-C (graphiques 1 et 2).

Dans plus d'un tiers des cas, les professionnels de santé repérés comme ayant un comportement discriminatoire⁶, ont déclaré à la patiente, pour justifier le refus de soins, ne pas accepter les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. Il s'agit là de refus de soins directs explicitement fondés sur ce motif. Les autres cas de refus renvoient à un argumentaire plus insidieux : 20% des professionnels déclarent ne pas prendre de nouveaux patients, 12% ne pas connaître la prestation, 9% ne plus avoir de places...

⁶ Il s'agit des médecins ayant refusé un rendez-vous à la patiente bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS, alors que la patiente de référence a obtenu un rendez-vous.

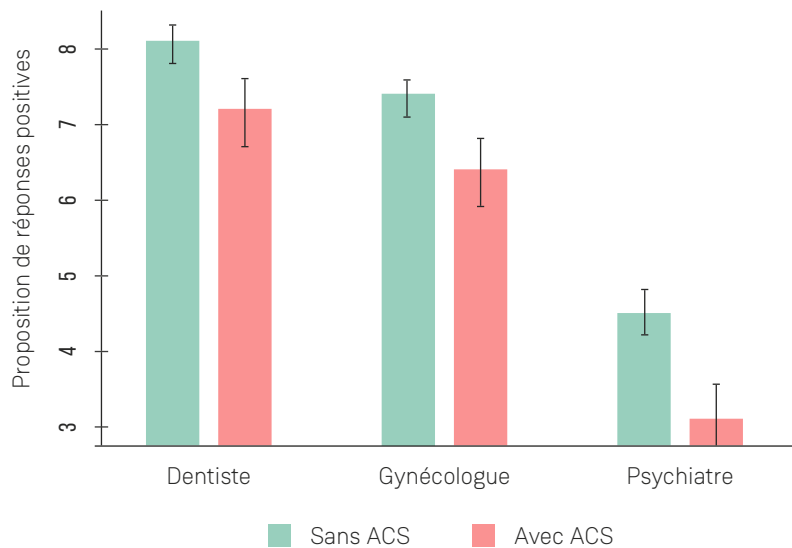
GRAPHIQUE 1

TAUX D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL SELON QUE LA PATIENTE BÉNÉFICIE OU NON DE LA CMU-C



GRAPHIQUE 2

TAUX D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS MÉDICAL SELON QUE LA PATIENTE BÉNÉFICIE OU NON DE L'ACS



Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

Des différences de traitement selon les spécialités, le secteur d'activité, le type d'interlocuteur et la région



Une analyse *toutes choses égales par ailleurs* vient confirmer que les refus de soins discriminatoires sont davantage marqués à l'encontre des bénéficiaires de l'ACS que des bénéficiaires relevant de la CMU-C.

Ce résultat peut traduire une moindre connaissance du dispositif de l'ACS ou encore des anticipations des professionnels de santé sur la complexité du dispositif, sur ses contraintes administratives, sur les délais et parfois les rejets de remboursements par les Caisses primaires d'assurance maladie.

L'étude met par ailleurs en évidence des différences selon les spécialités médicales testées.

L'ampleur de la discrimination envers les patientes bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS triple ainsi en psychiatrie par rapport à la spécialité dentaire : *toutes choses égales par ailleurs*, 14,3% des patientes bénéficiant de la CMU-C et 21,5% de celles bénéficiant de l'ACS ont été confrontées à un refus de soins discriminatoires de la part des psychiatres contre respectivement 4,8% et 8,1% à un refus de soins discriminatoires de la part des dentistes. Le refus de soins discriminatoire est ainsi maximal pour une consultation de psychiatrie demandée par un bénéficiaire de l'ACS.

Les données révèlent également que les refus de soins à caractère discriminatoire sont davantage marqués en secteur 2, même s'ils sont significatifs en secteur 1. Ce résultat montre la prévalence de la logique économique des professionnels de santé dans les situations de refus de soins discriminatoire. La fréquence de la discrimination observée chez les professionnels exerçant en secteur 2 est d'environ 6 points de pourcentage plus élevée, que ce soit pour les bénéficiaires de l'ACS ou la CMU-C. En effet, ces aides imposent des obligations légales aux professionnels de santé, dont l'application du tiers payant intégral, l'interdiction de tarifier des dépassements d'honoraires à l'encontre des bénéficiaires et la mise en place de tarifs plafonds pour les soins coûteux (prothèses dentaires, optique, audioprothèses...). Le « coût d'opportunité » d'un patient bénéficiaire de la CMU-C est de fait plus élevé pour les professionnels dont les tarifs sont libres.

L'enquête par *testing* permet de montrer une fréquence moins élevée de refus de soins chez les praticiens ayant souscrit une option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM⁷). Destinée aux praticiens de secteur 2, l'OPTAM, qui remplace le contrat d'accès aux soins (CAS) depuis le 1^{er} janvier 2017, vise à améliorer l'accès aux soins des patients en encadrant les dépassements d'honoraires. Le test de situation relève que cette option réduit le différentiel de discrimination entre secteur 1 et secteur 2, les praticiens ayant souscrit à un tel contrat ont un intérêt financier dans l'accueil de patients bénéficiaires de prestations de santé.

Enfin, les résultats de l'étude révèlent que les refus de soins discriminatoires sont très variables selon les régions. On relève en particulier une fréquence plus élevée de discriminations en Île-de-France. Pour autant, les discriminations dans l'accès aux soins ne semblent pas sensibles à la tension sur l'offre, appréciée par la densité médicale locale.

⁷ L'OPTAM vise à limiter les dépassements d'honoraire. Elle s'adresse aux praticiens en secteur 2. En souscrivant à l'OPTAM, ces derniers s'engagent à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement ce qui leur permet de bénéficier d'une meilleure valorisation de leur activité réalisée aux tarifs conventionnés et d'une prime annuelle. Plus le médecin s'approche de ses taux d'engagements, plus sa prime augmente.

Des discriminations selon l'origine des patientes, localisées dans certains territoires

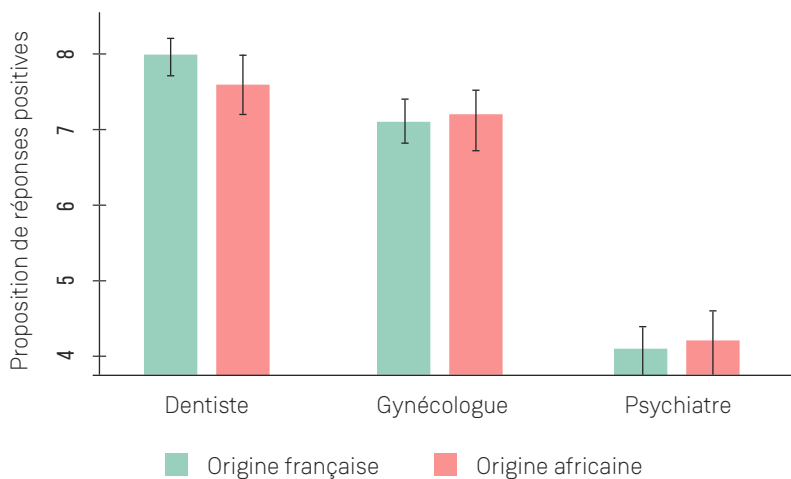


Globalement, peu de différences sont constatées selon l'origine supposée de la patiente (graphique 3), y compris en la croisant avec le profil CMU-C/ACS. Ce résultat global masque cependant des différences de traitement selon certaines caractéristiques propres au cabinet médical ou à son territoire d'exercice.

La patiente présumée d'origine africaine est davantage discriminée en Bretagne et en Centre – Val de Loire alors qu'elle est favorisée en région PACA. Par ailleurs, un prénom signalant une confession musulmane réduit de 6,5 points les chances d'accéder à une consultation de psychiatre. En secteur 2, la signature de l'OPTAM augmente la probabilité de réponse négative envers des patientes d'origine africaine. En revanche, avoir un prénom africain à consonance musulmane pénaliserait les patientes qui cherchent à prendre un rendez-vous chez des praticiens de secteur 1 (résultat significatif seulement au seuil de risque de 10%).

GRAPHIQUE 3

TAUX D'OBTENTION D'UN RENDEZ-VOUS SELON L'ORIGINE PRÉSUMÉE DES PATIENTES



Note : Les intervalles de confiance sont établis au seuil de risque de 90%.

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.

Conclusion



Si cette étude semble suggérer peu de différences de traitement selon l'origine supposée des patientes, elle révèle, en revanche, un écart important dans l'accès aux soins pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS dans les trois spécialités médicales testées. Les refus de soins discriminatoires liés à la vulnérabilité économique sont le fait de 9% des cabinets dentaires, 11% pour les gynécologues et 15% pour les psychiatres. Ces résultats, confirmés par une analyse toutes choses égales par ailleurs, mettent ainsi en évidence un niveau élevé des refus de soins discriminatoires à raison de la vulnérabilité économique des patients.

L'ACS apparaît plus pénalisante que la CMU-C, dans les trois spécialités, avec jusqu'à deux fois plus de refus de soins discriminatoire pour les bénéficiaires de ce dispositif. Ces résultats peuvent s'expliquer par la méconnaissance des dispositifs ou encore par les difficultés administratives et les délais de remboursement supérieurs qui seraient anticipés par les professionnels de santé. La perspective de la fusion de l'ACS et de la CMU-C, au sein de la nouvelle « Complémentaire santé solidaire » qui est effective au 1^{er} novembre 2019, laisse ouverte la question de l'évolution future des refus de soins discriminatoires pour les bénéficiaires de la nouvelle complémentaire.

Bibliographie



Boisguerin (2004) « *État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003* ». Drees, Etudes et résultats N°294, mars 2004.

Défenseur des droits (2014) « *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME* ». Mars 2014; 47 p.

Desprès C, Guillaume S, Couralet PE (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, juillet 2009.

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

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

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

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

Annexe

TABLEAU 1

NOMBRE DE CONTACTS ET DE RENDEZ-VOUS OBTENUS PAR SPÉCIALITÉ, SELON LE PROFIL DE LA PATIENTE (EFFECTIFS BRUTS)

	DEMANDES DE RENDEZ-VOUS	RENDEZ-VOUS OBTENUS	% DE RENDEZ-VOUS OBTENUS	% DE REFUS TOTAUX	% DE REFUS DE SOINS DISCRIMINATOIRES
GLOBALEMENT					
RÉFÉRENCE	1 513	1 058	70 %	30 %	
CMU-C/ACS	1 513	881	58 %	42 %	12 %
AFRICAINES SANS CMU-C/ACS	725	507	70 %	30 %	0 %
AFRICAINES CMU-C/ACS	788	451	57 %	43 %	13 %
ENSEMBLE	4 539	2 897	64 %	36 %	6 %
DENTISTES					
RÉFÉRENCE	500	421	84 %	16 %	
CMU-C/ACS	500	377	75 %	25 %	9 %
AFRICAINES SANS CMU-C/ACS	236	189	80 %	20 %	4 %
AFRICAINES CMU-C/ACS	264	191	72 %	28 %	12 %
ENSEMBLE	1 500	1 178	79 %	21 %	5 %
PSYCHIATRES					
RÉFÉRENCE	508	248	49 %	51 %	
CMU-C/ACS	508	172	34 %	66 %	15 %
AFRICAINES SANS CMU-C/ACS	245	126	51 %	49 %	- 2 %
AFRICAINES CMU-C/ACS	263	90	34 %	66 %	15 %
ENSEMBLE	1 524	636	42 %	58 %	7 %
GYNÉCOLOGUES					
RÉFÉRENCE	505	389	77 %	23 %	
CMU-C/ACS	505	332	66 %	34 %	11 %
AFRICAINES SANS CMU-C/ACS	244	192	79 %	21 %	- 2 %
AFRICAINES CMU-C/ACS	261	170	65 %	35 %	12 %
ENSEMBLE	1 515	1 083	71 %	29 %	6 %

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

Source : TEPP-CNRS, Testing TRICERATOPS.



—
Défenseur des droits

TSA 90716 - 75334 Paris Cedex 07

Tél. : 09 69 39 00 00

www.defenseurdesdroits.fr

—
Toutes nos actualités :



www.defenseurdesdroits.fr



D
Défenseur des droits
— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —