

# RAPPORT FINAL

## Etude auprès d'assurés de la CPAM du GARD sollicitant une aide financière pour des soins dentaires

Mai 2013

Etude réalisée par Nathalie Blanchet  
(sous la direction de Philippe Warin)

# SOMMAIRE

Introduction : .....	3
« Portrait » des assurés interrogés : .....	7
Aides accordées : .....	8
Aides annulées : .....	14
Aides refusées : .....	20
Analyse comparative des entretiens : .....	24
Typologie des situations : .....	24
Analyse des raisons des renoncements aux soins dentaires : .....	30
Regard critique : .....	35
Pistes de réflexion : .....	36

*Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une convention entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard et l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE – Laboratoire PACTE : CNRS/Sciences-Po Grenoble).*

*Ses auteurs remercient toutes les personnes enquêtées, ainsi que la direction de la Caisse pour sa proposition d'étude et son soutien, et le service Action Sanitaire et Sociale pour l'aide apportée à la réalisation des entretiens.*

# INTRODUCTION.

En 2012, 576 assurés ont sollicité la CPAM pour obtenir une aide financière individuelle, devant leur permettre de faire face à des frais dentaires importants. Cette même année, 333 aides ont été accordées et versées à des assurés ; 62 autres ont été annulées en 2012 faute d'utilisation dans les six mois de délai imparti (il peut donc s'agir de demandes déposées et traitées en 2011). Au total, environ 395 demandeurs étaient éligibles parmi les 576, soit une estimation de 68%.

Cette aide financière peut intervenir pour des frais liés à la réalisation de prothèses dentaires, de traitements orthodontiques pour des enfants ou des adultes, d'actes hors nomenclature après avis d'un dentiste conseil. Cette aide est attribuée en fonction des ressources de l'assuré et est calculée sur la base des tarifs plafond mutualistes pratiqués. Elle est limitée à 1000 euros par an et par bénéficiaire.

Cette étude vise à analyser les motifs qui conduisent certains assurés à ne pas utiliser l'aide qui leur est attribuée par la CPAM. Il s'agit de comprendre aussi ce qui peut les conduire à reporter ou annuler leurs soins dentaires et, plus globalement, à renoncer à des soins, au-delà de leur seul problème dentaire. C'est également l'occasion de mieux connaître « l'histoire » des personnes sollicitant un secours dentaire (leur trajectoire sociale, leur parcours de soins, leur relation avec la CPAM...). Enfin, ce travail doit aussi permettre d'évaluer l'efficacité de l'action de la CPAM en matière d'attribution de prestations de secours dentaires et sa capacité à accompagner les publics qui en ont le plus besoin.

Pour ce faire, nous avons rencontré des assurés ayant sollicité la CPAM en 2012. Certains n'ont pas obtenu l'aide qu'ils demandaient, d'autres ont obtenu une aide mais ne l'ont pas utilisée, d'autre encore l'ont obtenue et utilisée. La CPAM s'est chargée de sélectionner un échantillon d'assurés présentant des profils différents et dont la demande était récente. L'information et la prise de rendez-vous ont également été réalisées par la

CPAM. 13 entretiens qualitatifs, semi-directifs ont été menés en face-à-face au sein des locaux de la CPAM à Nîmes et à Alès. 11 autres ont été réalisés par téléphone avec des assurés habitant dans le reste du département.

En ciblant l'étude sur des assurés ayant sollicité l'aide de la CPAM, nous portons l'attention sur une forme particulière de non-recours et non pas sur toutes. Nous nous intéressons au non-recours par « non réception », dans la mesure où il s'agit d'assurés qui ont demandé une aide et reçu un accord, mais qui n'ont pas utilisé l'aide attribuée. Au regard des effectifs de 2012, ce non-recours concerne donc 62 demandeurs sur 395 assurés éligibles. Mais puisque certains demandeurs ont pu recevoir un accord en 2011, nous ne pouvons donner qu'une estimation et non pas mesurer un taux précis de non utilisation de l'aide. Cette estimation est de 16%.

**Les formes du non-recours (typologie d'Odenore<sup>1</sup>) :**

- La <i>non connaissance</i> , lorsque l'offre n'est pas connue.
- La <i>non demande</i> , quand elle est connue mais pas demandée.
- La <i>non réception</i> , lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.
- La <i>non proposition</i> , lorsqu'un agent ne propose pas une offre, notamment parce qu'il estime que le demandeur – généralement en grande précarité – n'est pas prêt à entrer immédiatement, même accompagné, dans des démarches administratives ou des parcours sociaux qui, en cas de difficulté ou d'échec, peuvent se solder par un repli durable sinon définitif.

Pour étudier le non-recours par non connaissance, il aurait fallu identifier la population potentiellement éligible à cette aide. Cela ne peut pas être le cas puisque la logique d'attribution est « discrétionnaire » : l'aide financière pour soins dentaires étant fonction d'un financement limité (pris sur le budget de l'action sociale de la CPAM, comme pour l'ACS locale), il n'y a pas de public cible prédéfini et quantifié, ni d'information générale sur l'existence de cette

<sup>1</sup> Pour une présentation des trois premiers types : <http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp1.pdf>.

aide ; au-delà des critères financiers, l'octroi de l'aide repose sur des barèmes et critères fixés par sa commission d'Action Sanitaire et Sociale.

Dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier un public cible, il est également impossible de rechercher des situations de non-recours par non demande. Une enquête auprès des personnels en lien avec les demandeurs de l'aide pourrait éventuellement permettre de repérer du non-recours par non proposition.

# « PORTRAIT » DES ASSURES INTERROGES.

24 personnes ont été interrogées dans le cadre de cette étude. 10 d'entre elles avaient obtenu un secours de la CPAM qu'elles ont utilisé, 9 ont vu l'aide qui leur avait été accordée s'annuler et les demandes des 5 derniers ont été refusées. 15 personnes ont réalisé leurs soins tandis que 9 autres les ont différés ou ont renoncé.

D'une façon générale, les personnes enquêtées sont des personnes « ordinaires », c'est-à-dire socialement insérées, même si la plupart se trouve sur « le fil de la précarité ». Soit des personnes qui « *sans être pauvre à proprement parler, sont en permanence sur le fil du rasoir, connaissent des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même pouvoir en espérer la sortie* »<sup>2</sup>. Aucune d'entre elles n'est à la rue, mais beaucoup connaissent des difficultés financières chroniques, aggravées par l'absence de soutiens qu'elles pourraient recevoir de proches. Ce sont généralement des travailleurs(es) ou des retraité(e)s « pauvres » (du fait de revenus très bas) ou « précaires » (du fait de la précarité de leurs conditions de vie). Certes, toutes les personnes enquêtées se situent au-dessus des plafonds de la CMU-C et la plupart dispose d'une complémentaire santé. Mais bien souvent leur reste pour vivre est si bas qu'elles renoncent ou au mieux retardent des soins dès qu'un reste à charge apparaît. Le logement et ses charges sont généralement le principal poste de dépenses.

Parfois, ces assuré(e)s n'ont manifestement pas les capacités pour s'engager dans un processus de demande. Comme bien souvent par ailleurs, la langue ou le langage administratif fait barrage. Il arrive aussi que certain(e)s soient « proches de la rupture », au sens où un incident ou un obstacle supplémentaire pourrait les conduire à abandonner toute démarche vers un service et les faire disparaître dans le « ventre mou » d'une société qui, malgré ses problèmes, ne se fait pas ou plus connaître des organismes ou des services sociaux. Les entretiens laissent transparaître d'autres caractéristiques qui complexifient notre sentiment d'avoir affaire à un public généralement précaire. Par moments, des mots signalent des fragilités sinon des souffrances psychologiques. Bien souvent – mais l'objet des entretiens n'y était pas pour rien non plus – les enquêté(e)s indiquent combien leurs

---

<sup>2</sup> Jacques Rigaudiat, « A propos d'un fait social majeur : la montée des précarités et des insécurités sociales et économiques », *Droit social* n° 3, mars 2005.

problèmes dentaires (et parfois plus largement de santé) leur pèsent et les inquiètent, accentuant leur vulnérabilité, tant ressentie que vécue.

## AIDES ACCORDEES.

AIDE UTILISEE	
Ressources	594 euros
Loyer	Hébergée
Situation	Salariée
EPICES	47.33
Note état de santé	10

**Mme S.** vit encore chez ses parents. Elle travaille comme ATSEM pour la mairie de Nîmes mais elle n'est que vacataire. Son salaire, bien que complété par le RSA, ne lui permet pas de prendre son autonomie.

Elle a obtenu et utilisé un secours pour la pose de deux implants dentaires. Mme S. aurait dû réaliser ces soins depuis très longtemps. Elle explique que, bénéficiant d'un appareillage provisoire, elle n'en ressentait pas le besoin. C'est son dentiste qui l'a convaincue de le faire et c'est l'assistante du praticien qui lui a appris l'existence de ces aides financières.

Elle n'a pas rencontré de difficultés pour constituer son dossier. Mme S. trouve que la CPAM lui a rendu réponse très rapidement et que l'aide qui lui a été attribuée était suffisante. En revanche, elle a beaucoup attendu le versement de cette aide. Il y avait eu une erreur sur le destinataire du paiement.

Mme S. n'a jamais eu à renoncer à des soins. En revanche, elle demande des facilités de paiement, utilise le tiers-payant et est contrainte de repousser l'achat d'une paire de lunettes. Pour ses soins dentaires, sans le secours de la CPAM, elle aurait demandé à sa mère de l'aider. Elle dit pouvoir compter sur elle. Mme S. se sent en très bonne santé et dit ne pas rencontrer de problèmes particuliers en ce moment.

AIDE UTILISEE	
Ressources	1049 euros
Loyer	364 euros
Situation	Retraité
EPICES	56.21
Note état de santé	5

**Mr E.** est retraité. Il vit seul. Il a obtenu et utilisé une aide pour la réalisation de prothèses dentaires. Il a pu constituer son dossier seul. En revanche, il a besoin de l'aide d'une assistante sociale pour écrire. Il dit « *c'était quand même facile* » mais trouve que les délais de réponse sont longs. Sans cette aide, il aurait dû « s'arranger » pour payer en plusieurs fois, peut-être avec un crédit. Il lui est déjà arrivé d'emprunter de l'argent pour régler des frais médicaux.

Mr E. n'a pas eu à renoncer à des soins. Il est en Affection de Longue Durée et le plus souvent, il est pris en charge à 100%. Il dit être un peu préoccupé par son état de santé mais aussi se sentir mieux actuellement. Il consulte un psychiatre et est soigné pour atténuer ses angoisses.



Il a commencé à travailler vers 12-13 ans, d'abord comme apprenti pâtissier. Puis il a eu beaucoup de métiers différents, a parfois travaillé au noir parce qu'il n'avait pas le choix. Mr E. n'a pas d'enfant. Il ne rencontre pas de problèmes en ce moment.

AIDE UTILISEE	
Ressources	785 euros
Loyer	335 euros
Situation	Retraitée
EPICES	38.46
Note état de santé	5

**Mme T.** est retraitée. Elle vit seule dans une maison qu'elle vient d'acheter à crédit. D'après son dossier, Mme T. a obtenu et utilisé une aide pour réaliser des prothèses. Lorsque nous nous rencontrons, elle m'explique qu'elle n'a rien perçu. Peut-être que la CPAM s'est trompée et a versé son aide directement au praticien mais elle, elle n'a rien touché.

Elle dit qu'elle ne demande jamais d'aide. Mais dans ce cas-là, le montant de la facture était vraiment trop important. Elle n'a pas trouvé ces démarches compliquées, elle est habituée de faire des démarches administratives.

Mme T. a dû se faire arracher des dents. Elle avait besoin d'un appareil pour les remplacer. Mais elle ne le porte pas car, depuis, certaines de ses dents se sont déchaussées. Elle pense que c'est lié à son diabète.

Mme T. a des problèmes de santé. Elle a été épileptique pendant très longtemps. Elle est en affection de longue durée. Elle repousse certains soins pour des raisons financières mais aussi parce qu'elle a peur des conséquences. Mais elle n'est pas préoccupée par son état de santé. Elle dit avoir « l'habitude » d'être malade.

Après vérification, l'aide qui lui avait été accordée a bien été versée en janvier 2013.

AIDE UTILISEE	
Ressources	1235 euros
Loyer	618 euros
Situation	Retraitée
EPICES	73.97
Note état de santé	8

**Mme L.** est retraitée. Elle a l'autorité parentale sur deux de ses petits-enfants dont elle s'occupe et qui vivent avec elle. C'est pour le traitement orthodontique de l'un d'entre eux qu'elle a obtenu et utilisé une aide financière. Sans cela, elle n'aurait peut-être pas pu payer ces soins : « ça m'aide évidemment beaucoup ».

C'est l'orthodontiste qui l'a informée de l'existence de cette aide. Depuis, elle dépose un dossier tous les semestres pour ce traitement. Cela ne lui paraît pas compliqué et elle ajoute que cela ne la dérange pas de ne pas rencontrer un « intermédiaire », une assistante sociale pour ce faire.

Mme L. retarde certains soins pour des raisons financières. Elle repousse notamment ses consultations auprès des spécialistes qui n'acceptent pas toujours de pratiquer le tiers-payant. Elle a demandé une aide pour payer sa mutuelle mais elle ne l'a pas obtenue. Ses ressources dépassent le plafond, ce qu'elle attribue au fait de percevoir des allocations

familiales pour ses petits-enfants. Mme L. a des problèmes financiers récurrents.

Elle ne s'inquiète pas pour sa santé mais elle fait attention. Elle dit avoir pris 15 kilos ces dernières années et cherche à comprendre pourquoi. Mme L. a été très active. Elle travaillait, s'est occupée de sa fille, de ses petits-enfants, de sa mère jusqu'à la fin de sa vie. Aujourd'hui, elle est à la retraite, sa fille est placée, ses petits-enfants ont grandi et sa mère a disparu. Elle est préoccupée par la situation de l'emploi en France. Un de ses petits-fils cherche un employeur pour débiter un apprentissage, elle craint qu'il ne trouve pas.

AIDE UTILISEE	
Ressources	1148 euros
Loyer	390 euros
Situation	Invalide
EPICES	59.17
Note état de santé	6-7 sur le plan physique

**Mme Y.** est invalide. Avant cela, elle était secrétaire, à l'ANPE en dernier lieu. Elle vit seule. Elle a obtenu et utilisé une aide financière pour la pose de prothèses dentaires. Mme Y. trouve que le délai de réponse de la CPAM a été conforme à ce qu'elle attendait. Mais avant cela, elle a rencontré quelques difficultés.

Par erreur, elle avait été orientée vers la Caisse de l'Hérault pour faire sa demande. Celle-ci a été rejetée puisqu'elle ne vit pas dans le département. Il lui a donc fallu renouveler sa démarche dans le Gard. Cette demande de secours a donc pris beaucoup plus de temps que prévu et elle a dû emprunter de l'argent à un ami pour pouvoir régler le dentiste. A propos du montant de l'aide qu'elle a perçu, elle dit : « *c'est jamais suffisant mais c'est toujours mieux que rien* ».

Elle pense qu'il s'agissait de sa première demande à la CPAM. Depuis, elle en a déjà déposé une autre, toujours pour des soins dentaires. Le dossier ne lui a pas semblé difficile à constituer. En revanche, elle trouve que celui de la Caisse de l'Hérault était bien plus « pratique » à compléter.

Elle a les dents qui se déchaussent et tombent. Lors de l'entretien, il lui manque deux dents sur le devant, ce qui la gêne beaucoup. Elle n'ose plus sortir de chez elle et a dû faire un effort important pour se déplacer ce jour-là.

Mme Y. bénéficie d'une prise en charge à 100% dans le cadre de sa pathologie. Mais lorsqu'il s'agit de consulter des spécialistes, certains refusent de pratiquer le tiers-payant. Elle renonce à certains soins, en repousse parfois d'autres et consulte à l'hôpital, notamment pour son suivi gynécologique, afin d'éviter les dépassements d'honoraires.

Elle se dit préoccupée par sa santé. Elle nous confie : « *Je m'inquiète beaucoup mais en même temps je me fais pas soigner comme je devrais.* ».

AIDE UTILISEE	
Ressources	2368 euros
Loyer	1062 euros (Accession à la propriété)
Situation	Salarié
EPICES	16.57
Note état de santé	

**Mr I.** a 61 ans. Il est en arrêt de travail au moment de l'entretien.

C'est sa femme qui répond à nos questions. Il a obtenu et utilisé une aide pour réaliser des prothèses dentaires. Mais ils n'avaient pas compris tout de suite que le versement de cette aide ne serait pas automatique après son attribution. Il s'agissait de leur première demande. C'est une amie qui les a informés de l'existence de cette aide.

Sans cela, Mr I. serait resté sans dent. Il n'en avait presque plus. Elles s'étaient petit à petit déchaussées. Il n'avait pas pris le temps de consulter quand il travaillait encore.

Mme I. a trouvé que le dossier de demande était compliqué à constituer. Il lui a fallu beaucoup de temps pour réunir toutes les justificatifs. Elle a été aidée par sa fille. Elle témoigne également de ses difficultés d'accès au RSA. En comparaison, elle trouve que cela a été plus facile avec la CPAM. Mme I. semble un peu « perdue » dans les démarches administratives.

Mme I. repousse certains soins ou certaines consultations par manque d'argent. Il lui est déjà arrivé de ne pas se rendre à des rendez-vous médicaux, ne pouvant régler le praticien.

Elle est préoccupée par son état de santé. Elle souffre de vertiges mais elle ne veut pas inquiéter ses enfants. Son mari a des problèmes cardiaques et un dysfonctionnement de la thyroïde. Il ne travaille plus depuis février 2012. Depuis, leur situation financière s'est dégradée. Ils parviennent à s'en sortir avec l'aide de leurs enfants.

AIDE UTILISEE	
Ressources	1178 euros
Loyer	460 euros
Situation	Retraitée
EPICES	52.07
Note état de santé	3 ou 4

**Mme R.** est retraitée. Elle vit seule. Elle a obtenu et utilisé une

aide financière pour réaliser des prothèses dentaires. Sans cette aide, elle n'aurait pas pu faire face à ces frais. Elle a dû attendre un mois, sans dent, avant de pouvoir effectuer les soins. Elle avait demandé à ses proches de lui prêter de l'argent mais aucun n'était en capacité de le faire. Quant aux banques, Mme R. pense qu'elles n'accepteraient pas sa demande.

Elle avait déjà demandé des secours à la CPAM. Elle le fait lorsque le montant de ses frais médicaux est élevé. C'est une assistante sociale qui lui en avait appris l'existence. En revanche, elle ne sait pas qu'elle pourrait solliciter d'autres organismes.

Mme R. regrette de ne pas être davantage informée sur ses droits et sur les aides existantes. Elle préférerait qu'un agent reçoive les assurés déposant un dossier de secours, comme cela peut être le cas dans d'autres organismes.

A propos du dossier de demande et des pièces justificatives à fournir, elle dit « *une catastrophe !* ». Ces pièces sont nombreuses et sont parfois perdues. Elle a déjà dû ramener des documents manquants qu'elle avait pourtant joints au dossier au moment de son dépôt.

Au moment de l'entretien, Mme R. a déposé une nouvelle demande d'aide pour des soins dentaires. Ses soins sont déjà réalisés mais elle n'a pas encore de réponse. On lui a dit qu'elle percevrait 200 euros mais elle n'a pas reçu de courrier. Elle s'inquiète. Elle ne sait pas si ce délai est normal ou non. Elle souhaiterait avoir plus d'informations.

Mme R. n'a jamais eu à renoncer à des soins. Elle bénéficie d'une prise en charge à 100% dans le cadre d'une Affection de Longue Durée et dit avoir une « *bonne mutuelle* ». Mais elle est très préoccupée par son état de santé. Elle a eu un AVC et dit avoir peur depuis.

AIDE UTILISEE	
Ressources	1974 euros
Loyer	277 euros (Accession à la propriété)
Situation	Salariée
EPICES	60.36
Note état de santé	7.5

**Mme A.** est femme de ménage dans une école. Elle est veuve et vit avec ses trois filles de 19, 16 et 12 ans. Elle a obtenu et utilisé une aide financière pour faire face aux frais du traitement orthodontique de sa troisième fille.

Mme A. consulte dans un centre mutualiste. Sans cette aide financière, elle n'aurait pas pu faire soigner sa fille. Elle explique que même avec ce secours, il lui est difficile de faire face à ces frais médicaux. Elle a déjà demandé au dentiste de mettre fin au traitement mais il l'a convaincue de poursuivre.

Elle a déjà fait des demandes de secours auprès de la CPAM et dit : « *Quand j'ai demandé une aide de secours, ils m'ont toujours donné quelque chose.* » A la mort de son mari, Mme A. a rencontré une assistante sociale qui l'a convaincue de déposer une demande. Depuis, lorsqu'elle en a besoin, elle renouvelle sa démarche.

Elle demande de l'aide à sa fille pour constituer les dossiers de demande. Mais elle ne sait pas remplir un imprimé ou rédiger une lettre pour exposer sa requête. Elle ne dépose que les pièces justificatives. « *Moi je dis « excuse-moi », je fais toutes les photocopies et je ramène tout là-bas.* »

Mme A. n'a jamais eu à renoncer ou à retarder des soins. Elle bénéficie du tiers-payant chez son médecin traitant ainsi qu'à la pharmacie. Elle n'achète que les médicaments qui sont remboursés par la sécurité sociale. En ce moment, Mme A. a mal au dos. Son médecin souhaitait lui faire un arrêt de travail, mais elle a refusé.

AIDE UTILISEE	
Ressources	998 euros
Loyer	381 euros
Situation	Retraitée
EPICES	33.72
Note état de santé	7

**Mme W.** est retraitée et vit seule. Elle a élevé ses quatre enfants. Elle a divorcé il y a quelques années et son niveau de vie a alors radicalement changé. Aujourd'hui, elle ne dispose que de faibles ressources et vit dans un logement social. Mais pendant longtemps, elle n'a rien demandé, n'étant pas habituée à ses démarches. « *J'avais l'impression que tous ces dossiers m'enfonçaient encore plus dans ma situation de, de, de... de, de pauvre*

*quoi !* » Elle dit qu'elle était presque dans le « déni » de sa situation. Jusqu'à ce qu'elle rencontre une assistante sociale de la CPAM lors d'une permanence au CCAS de sa ville. Elle lui a rendu visite chez elle et l'a peu à peu amenée à sortir de son repli.

Mme W. avait entamé des soins dentaires quelques années auparavant, des soins qu'elle n'avait pas terminés. Elle n'avait pas non plus pu régler le dentiste. Elle a alors repoussé ses soins par manque de moyens. Elle n'osait plus sourire, ni parler. Elle ne pouvait presque plus manger. Sa fille l'a poussée à retourner consulter. Son kinésithérapeute l'a recommandée à un ami dentiste. L'assistante sociale l'a aidée à déposer une demande d'aide. Elle se dit étonnée d'avoir perçu une aide mais sans cela, elle n'aurait pas réalisé ces soins.

Mme W. repousse certains soins et renonce à d'autres notamment parce qu'elle n'a pas de voiture. Elle est dépendante de sa fille lorsqu'il lui faut se déplacer. Elle n'achète pas tous les médicaments qui lui sont prescrits. Elle se dit « *anti-médicament* » et ne prend que le « *strict nécessaire* ». Elle essaie aussi de garder une bonne hygiène de vie afin d'éviter les problèmes de santé.

<b>AIDE UTILISEE</b>	
<b>Ressources</b>	943 euros
<b>Loyer</b>	709 euros
<b>Situation</b>	Retraitée
<b>EPICES</b>	55.03
<b>Note état de santé</b>	

**Mme X.** a 81 ans. Elle est retraitée et vit seule. Mais elle est très entourée par ses enfants et petits-enfants qui la soutiennent matériellement et psychologiquement. Mme X. est atteinte d'une maladie orpheline. Elle a bénéficié d'une aide pour réaliser des prothèses dentaires. Elle pense que l'état de ses dents était lié à sa pathologie.

Elle souffre mais ne peut prendre des anti-inflammatoires pour calmer ses douleurs. Elle parle de torture et dit que son état étant insupportable, elle ne craint pas de ne pas se réveiller après une opération.

Elle a connu l'existence de ces secours en sollicitant sa mutuelle pour une aide exceptionnelle. C'est sa fille qui s'est occupée du dossier. Elle dit à plusieurs reprises que sa demande a pris beaucoup de temps, d'abord pour fournir tous les justificatifs puis pour que cette aide soit versée. Ses démarches étaient moins difficiles avec sa mutuelle.

Mme X. a de faibles ressources et un loyer important. Elle n'a pas eu à renoncer à des soins mais n'a pas de quoi refaire une paire de lunettes. Elle témoigne de ses difficultés à demander le tiers-payant aux praticiens qu'elle consulte.

# AIDES ANNULEES.

AIDE ANNULEE	
Ressources	1958 euros
Loyer	445 euros
Situation	Retraitée
EPICES	53.85
Note état de santé	6

**Mme P.** est retraitée, tout comme son mari. Ils sont également tous les deux en Affection de Longue Durée. Ils ont déposé chacun une demande d'aide en 2012 qu'ils ont obtenue mais qu'ils n'ont pas utilisée. Entre temps, Mr P. a dû être hospitalisé. Mais ils ont aussi des problèmes de mobilité et sont en situation de surendettement. Mme P. considère que leur surendettement a été causé par les frais médicaux auxquels ils ont dû faire face alors qu'ils n'avaient pas de mutuelle. Elle ne sait pas quand elle pourra se faire soigner les dents.

La demande n'a pas été compliquée, elle l'a faite avec l'aide de sa fille. La réponse de la CPAM a été relativement rapide. Mais les aides sont insuffisantes pour se faire soigner. Sa fille, qui participe aussi à l'entretien, trouve quant à elle que ces démarches sont compliquées et que les retraités ne sont pas assez aidés. Mme P. a un contentieux ancien avec la CPAM et dit ne plus avoir confiance en l'administration.

Avant chaque consultation, Mme P. doit compter. Son médecin traitant ne la fait pas bénéficier du tiers-payant, au prétexte que la CPAM l'interdit désormais. Elle ne peut pas avoir de facilités de paiement, elle n'a plus de chéquier. Ils ont parfois dû demander à leur fille des chèques de caution pour eux. Mme P. est déjà repartie sans les résultats d'un scanner qu'elle venait de passer parce qu'elle n'avait pas les moyens de régler. Quand elle ne va pas bien, Mme P. reste enfermée chez elle en attendant de pouvoir se faire soigner.

AIDE ANNULEE	
Ressources	1002 euros
Loyer	310 euros
Situation	Invalide
EPICES	81.66
Note état de santé	2 ou 3

**Mme J.** est invalide. Elle vit seule. Elle a obtenu une aide pour la réalisation de prothèses dentaires qu'elle n'a pas utilisée. Elle n'a pas compris le courrier de réponse de la CPAM. Elle a cru qu'elle devrait faire l'avance des frais, alors qu'elle consulte dans un centre mutualiste. Elle n'en a pas les moyens. Elle craint de ne pas pouvoir faire face non plus à ce qui doit rester à sa charge, même si elle utilise l'aide. Lorsque nous nous rencontrons, le secours est annulé. Elle ne sait plus quoi faire et me demande mon avis.

Mme J. avait déjà demandé et obtenu des aides financières à la CPAM. En revanche, elle ne fait pas de demandes auprès d'autres organismes. « *Je connais sécurité sociale parce que quand je travaillais, j'ai cotisé pour sécurité sociale* ».

Elle a mal aux dents et a des ulcères à l'estomac. Elle se sent « *faible* » et dit : « *je souffre tout le temps* ». Elle est diabétique, a du

cholestérol, souffre de polyarthrite, de rhumatismes... « *Y a pas que les dents hein* ».

Sans aide financière, elle ne peut pas se faire soigner. Elle a déjà dû emprunter de l'argent pour faire face à des frais médicaux. Elle n'a plus d'infirmière pour ses soins quotidiens. Elle n'occupe plus sa chambre pour ne pas avoir à y faire le ménage. Mme J. repousse ou renonce à de nombreux soins parce qu'ils sont trop onéreux, mais aussi parce qu'elle a peur des résultats et de certains praticiens.

Elle a été assistante d'avocat au Maroc puis secrétaire en France. Elle a été mariée, a eu une maison et deux voitures. Aujourd'hui, elle sent seule. Elle n'a pas eu de contact avec des membres de sa famille récemment, n'a pas d'enfant et peu d'amis.

<b>AIDE ANNULEE</b>	
<b>Ressources</b>	954 euros
<b>Loyer</b>	410 euros
<b>Situation</b>	Retraitée
<b>EPICES</b>	78.11
<b>Note état de santé</b>	6

**Mme D.** a 68 ans, elle est retraitée. Elle a une Affection de Longue Durée sur Liste. Elle a eu cinq enfants, deux maris et vit seule aujourd'hui. Elle a été serveuse puis cuisinière, mais toujours à temps partiel pour pouvoir s'occuper de ses enfants. A propos de sa vie, elle dit : « *c'est la vie de... de quelqu'un qui n'a pas été capable de gérer sa vie comme il faut !* ».

La caisse lui accorde une aide pour régler des prothèses dentaires. Mais elle ne parvient pas à l'utiliser dans les 6 mois qui suivent, cette aide est annulée. Un changement d'adresse non enregistré par sa mutuelle et le décompte est arrivé trop tard. Elle pense que ses problèmes dentaires sont directement liés à son diabète, pour lequel elle bénéficie d'une prise en charge à 100%.

Ayant récemment reçu le justificatif de sa mutuelle, elle a pris rendez-vous avec le dentiste pour entamer ses soins. Elle a constitué son dossier de demande seule et trouve que la réponse de la CPAM a été rapide.

Mme D. « traîne les pieds » pour demander de l'aide, essaie de se débrouiller autrement mais elle en a besoin. Elle a le sentiment que la quête du profit prédomine dans de nombreux secteurs et parfois aussi dans l'exercice de la médecine. Elle se méfie donc des diagnostics, elle voudrait pouvoir dialoguer avec les praticiens, être davantage informée.

Mme D. a un suivi médical, elle consulte quand elle en a besoin. Mais elle n'aime pas attendre, elle peut alors faire quelques entorses à ce suivi pour éviter cela. Elle peut aussi, au besoin, compléter ces traitements avec des « remèdes de grand-mère ». Mme D. ne manque jamais de dénoncer la répartition inégale des ressources et n'a pas grande confiance dans l'avenir « *Quand on est pauvre en France, on reste pauvre !* ».

<b>AIDE ANNULEE</b>	
<b>Ressources</b>	993 euros
<b>Loyer</b>	311 euros
<b>Situation</b>	Handicapé
<b>EPICES</b>	73.38
<b>Note état de santé</b>	4

**Mr M.** est handicapé, il est en Affection de Longue Durée. Il ne travaille pas au moment où nous le rencontrons. Auparavant, il était musicien. Il est arrivé dans la région pour suivre une formation à l'Institut Français de Facture Instrumentale. Ensuite, il a travaillé chez Rameau jusqu'à la fermeture. Aujourd'hui, il souhaiterait travailler de nouveau, il cherche une activité qui soit compatible avec sa pathologie.

Mr M. a besoin de prothèses dentaires. Pour faire face à ces frais, deux aides, d'un montant total de 1000 euros lui ont été accordées en 2012. Mais les deux ont été annulées. Mr M. n'a pas fait réaliser ces soins car ce qui restait à sa charge était trop important pour lui. De plus, il est interdit bancaire et ne peut donc bénéficier de facilités de paiement.

Il lui manque 15 dents. Mr M. pense que ses problèmes dentaires sont dus au diabète dont il est atteint. Il se sent fragilisé par cette situation : *« maintenant on est bloqué, on arrive au bout des soins et bon, faut passer aux appareils, et moi je suis bloqué de l'autre côté quoi »*.

Mr M. a constitué son dossier avec l'aide d'une association. Il a trouvé que la CPAM avait été lente pour lui répondre. Surtout, il aurait aimé avoir davantage d'explications. Il a déjà eu l'occasion de demander des aides par ailleurs et considère que ces démarches sont « contraignantes ». Il ne comprend pas pourquoi les organismes ne se communiquent pas les informations entre eux. Il est sous curatelle renforcée depuis quelques semaines et trouve que sa situation financière s'améliore.

Il n'a pas eu à renoncer à d'autres soins au cours des douze derniers mois. Mais il semble désabusé. Il lui arrive de ne pas se rendre à ses rendez-vous médicaux ou de les repousser parce qu'il n'a pas envie, parce qu'il ne parvient pas à suivre les recommandations des médecins. Il prend ses traitements parce qu'une infirmière lui rend visite deux fois par jour. Il est préoccupé par son état de santé : *« parce que je sais que le diabète, on peut en mourir, alors ça m'inquiète quand même »*.

<b>AIDE ANNULEE</b>	
<b>Ressources</b>	1026 euros
<b>Loyer</b>	332 euros
<b>Situation</b>	Handicapé
<b>EPICES</b>	73.37
<b>Note état de santé</b>	9

**Mr N.** est handicapé. Il ne travaille plus, il est sous tutelle. Il a obtenu une aide pour la réalisation de prothèses mais il ne l'a pas utilisée. Mr N. n'a plus de dent depuis 1986. Il a abandonné sa démarche de soin car il n'aurait pas pu payer ce qui devait rester à sa charge en une seule fois. Il n'a pas de chéquier. La CPAM lui a conseillé de consulter dans un centre mutualiste. Lorsqu'il aura reçu les documents de prise en charge de sa mutuelle, il déposera une nouvelle demande d'aide.

Il s'agissait de sa première demande de secours pour des frais médicaux. Il a appris leur existence au guichet et a constitué son dossier avec une assistante sociale. Il trouve que la CPAM lui a répondu rapidement. Demander ne lui semble pas compliqué et ça ne l'est pas plus avec la CPAM



qu'avec d'autres organismes. Mr N. pense que l'aide qui lui sera accordée lui suffira, s'il peut régler le praticien en plusieurs fois. Il parle d'un devis à 11495 euros.

Mr N. n'a jamais eu à renoncer à d'autres soins. Il bénéficie d'une prise en charge à 100%. Mais il ne va pas chez le médecin « pour rien ». Il n'aime pas aller à l'hôpital. Il a dû se faire arracher toutes ses dents car, pendant longtemps, il n'est pas allé chez le dentiste.

Il n'est pas inquiet pour sa santé. Mr N. va bien. Il n'a pas de proche, seulement une sœur en maison de repos. S'il était en difficultés, il n'aurait personne sur qui compter.

AIDE ANNULEE	
Ressources	1983 euros
Loyer	559.45 euros (Accession à la propriété)
Situation	Demandeur d'emploi
EPICES	35.51
Note état de santé	7-8

**Mme C.** est à la recherche d'un emploi. Elle vit avec son mari, retraité, et deux de ses enfants. Elle a obtenu une aide qu'elle n'a pas utilisée. Elle pensait que le centre mutualiste avait fait le nécessaire. Mais le jour de notre rendez-vous, elle ramène une facture acquittée. Comme son aide a été annulée depuis peu, elle pourra finalement être versée au centre.

La démarche de demande, la constitution du dossier ne lui ont pas semblé compliquée. Ce qui était plus difficile, c'était d'attendre la réponse sans indication. Il s'agissait de sa première demande. Elle souhaiterait pouvoir confier son dossier à un agent qui pourrait lui confirmer qu'il est complet, que ses ressources se situent dans le barème d'attribution...

Mme C. avait besoin de soins dentaires depuis longtemps. Mais elle a repoussé le moment de consulter pour des raisons financières et parce que ça ne la gênait pas au quotidien. Elle repousse également d'autres consultations ou soins. Elle ne bénéficie pas du tiers-payant et ne le demande pas. Elle « réfléchit » donc avant de consulter et demande parfois des facilités de paiement. Elle témoigne aussi de situations pour lesquelles elle a dû faire des avances de frais qu'elle n'avait pas anticipées. Cela la met en difficultés.

Elle est à la recherche d'un emploi depuis plus d'un. A 58 ans, Mme C. n'a jamais signé de CDI à temps plein. Pour son dernier poste, elle est partie s'installer chez sa fille à Paris. Elle ne trouvait pas dans la région.

AIDE ANNULEE	
Ressources	1309 euros
Loyer	796 euros (Accession à la propriété)
Situation	Demandeur d'emploi
EPICES	46.75
Note état de santé	5

**Mme K.** a 54 ans. Son dossier indique qu'elle est à la recherche d'un emploi mais, tout au long de l'entretien, elle me parle de son statut d'invalide. Elle est en Affection de Longue Durée, elle souffre de fibromyalgie.

Elle a obtenu une aide qu'elle n'a pas utilisée. Pourtant, ses soins ont été réalisés. Elle est étonnée. Elle pensait que le centre mutualiste avait fait le nécessaire pour que l'aide leur soit versée directement.

C'est le praticien qui lui a appris l'existence de ces aides. Elle a constitué son dossier sans difficultés mais avec l'aide de son médecin traitant. En revanche, le délai de réponse a été un peu long. Elle n'avait jamais eu besoin d'aide avant de devoir quitter son emploi, elle ne connaît pas très bien ces circuits-là. Mais elle trouve que les réponses mettent toujours beaucoup de temps avant d'arriver. « *On a besoin de l'aide quand on la demande* ».

Mme K. est inquiète. Elle a fait une nouvelle demande de secours pour des difficultés financières mais elle n'a pas encore de réponse. Elle ne sait pas si c'est normal. Elle ne sait pas non plus si elle doit renouveler sa demande pour l'aide à la mutuelle. Surtout, elle explique qu'il est difficile de mener toutes ces démarches à leur terme en étant malade.

Ses dents se sont déchaussées suite à la prise d'un traitement expérimental pour soigner sa fibromyalgie. Elle n'a pu réaliser les soins que lorsqu'elle a pris connaissance de l'existence de centres mutualistes puis des aides financières distribuées par la CPAM.

Mme K. repousse de nombreux examens et consultations par manque d'argent, ou parce qu'elle a du mal à se déplacer. Cela l'empêche notamment d'avoir une prise en charge adaptée de sa douleur. Elle dit se sentir « délaissée ». Elle reste combative pour son fils, même si elle sait que son état de santé ne fera que se dégrader.

<b>AIDE ANNULEE</b>	
<b>Ressources</b>	0 euros
<b>Loyer</b>	Hébergé
<b>Situation</b>	Etudiant
<b>EPICES</b>	40.23
<b>Note état de santé</b>	3

**Mr U.** était étudiant. Il vit encore chez sa mère. Il n'a pas pu entamer une thèse en neurosciences du fait d'une fatigue chronique. Il souhaite aujourd'hui devenir professeur.

Il a obtenu une aide pour des soins dentaires qu'il n'a pas pu utiliser. Ses soins étaient trop importants et demandaient trop de temps pour qu'il puisse renvoyer une facture acquittée dans les six mois impartis. D'autant que la prothèse pour laquelle il a obtenu une aide ne peut être posée qu'à la fin de ce traitement.

Il n'avait pas compris que le secours ne s'appliquait qu'à une partie des soins. Il s'agissait de sa première demande. Il a appris l'existence de cette aide en faisant des recherches sur internet. Cette démarche lui a semblé plutôt simple, le délai de réponse rapide. Mais l'imprimé de demande ne lui paraît pas tout à fait adapté.

Mr U. n'avait pas le choix, il se serait fait soigner même s'il n'avait pas eu d'aide financière. Il n'a jamais eu à renoncer à des soins par manque d'argent mais il lui est arrivé d'en différer.

Cette aide est relativement « minime » par rapport au coût global des soins. Il ne le déplore pas. Il pense notamment qu'il serait préférable que certaines pathologies intègrent la liste des Affections de Longue Durée.

Mr U. est très inquiet pour son état de santé, qui l'empêche de travailler depuis trois ans. Le fait que sa pathologie ne soit pas reconnue par l'assurance maladie ne lui permet pas d'obtenir un statut. Sans cela, il lui est difficile de concilier une vie professionnelle avec son état de santé.

<b>AIDE ANNULEE</b>	
<b>Ressources</b>	1013 euros
<b>Loyer</b>	378 euros
<b>Situation</b>	Retraitée
<b>EPICES</b>	64.50
<b>Note état de santé</b>	

**Mme V.** est retraitée. Elle est atteinte de Sclérose Latérale Amyotrophique. Mme V. a obtenu une aide qu'elle n'a pas utilisée. Les soins dont elle avait besoin ont pris plus de temps que les six mois impartis pour l'utilisation de l'aide. Elle va déposer une nouvelle demande. Sans cet entretien, elle ne l'aurait pas fait.

Elle trouve que les délais de réponse sont longs, qu'il faut beaucoup de justificatifs, qu'il manque souvent des pièces. Mme V. explique que ces démarches de demandes sont d'autant plus compliquées à réaliser qu'elle est malade. En attendant le versement de cette aide, elle a emprunté de l'argent pour régler le praticien.

Elle comprend que la CPAM ne peut garder des sommes disponibles indéfiniment. Elle comprend que ces justificatifs sont nécessaires. Mais elle trouve que ces services ne sont pas très « aidants ». Elle souhaiterait avoir un référent à la CPAM, quelqu'un qu'elle pourrait interpeller au besoin, qui suivrait son dossier d'assuré.

Mme V. avait besoin de soins dentaires depuis très longtemps. Mais elle n'était pas disponible pour cela et n'en avait pas les moyens. Ce sont les médecins du CHU, qui la suivent pour sa pathologie, qui l'ont convaincue de le faire. Il a alors fallu trouver un dentiste qui accepte de la soigner. Ses soins étaient très importants pour elle. Cela lui a permis de retrouver du souffle et de ne plus bégayer.

Pour des raisons financières, Mme V. repousse certains soins et consulte parfois à l'hôpital. Elle a un problème avec sa carte vitale et elle ne parvient pas à le résoudre. Sa prise en charge à 100% n'est pas indiquée. Elle trouve qu'il est difficile pour les patients de demander le tiers-payant aux praticiens. Elle ajoute que tous les assurés ne sont pas des fraudeurs.

Mme V. a été infirmière puis assistante sociale. Elle voudrait savoir quelle sera la suite donnée à cette étude.

# AIDES REFUSEES.

**Mme H.** est en invalidité depuis 2002, elle souffre de polyarthrite. Avant cela, elle était secrétaire médicale, un métier qu'elle n'avait pas choisi mais qu'elle pouvait exercer malgré sa pathologie. Elle a quitté l'Hérault et s'est installée dans le Gard pour sa fille. Mais aujourd'hui, la cohabitation est de plus en plus violente et difficile. Mme H. souhaite qu'elle soit placée. Elle désire aussi repartir dans la région de Sète.

AIDE REFUSEE	
Ressources	2286 euros
Loyer	765 euros
Situation	Invalide
EPICES	72.19
Note état de santé	5

C'est pour sa fille qu'elle a déposé une demande d'aide financière. Mais ses soins d' « ostéopathie crano mandibulaire » ne peuvent faire l'objet d'une aide. Sa demande a été refusée. Pourtant, tous les six mois, à chaque paiement de l'orthodontiste, Mme H dépose un nouveau dossier à la CPAM.

Elle rencontre régulièrement une assistante sociale mais elle ne savait pas qu'elle pouvait solliciter d'autres organismes pour ses frais médicaux. Mme H. a déjà demandé de l'aide à la CAF et à la mairie depuis qu'elle vit dans l'Hérault mais cela n'a pas abouti. Elle n'a pas renouvelé ses démarches. Elle trouve que ces demandes sont plus faciles à réaliser auprès de la CPAM, il est plus simple d'obtenir un rendez-vous, « ça va plus vite ».

Mme H. a recours à des médecines alternatives pour compléter le traitement allopathique de sa pathologie. Mais elle doit espacer ses consultations pour des raisons financières et déplore que cela ne soit pas pris en charge par l'assurance maladie. Elle retarde également d'autres soins : la prise en charge d'une sécheresse oculaire, l'opération d'une prothèse déplacée. Elle explique les difficultés qu'elle rencontre pour bénéficier du tiers-payant. Mme H. est affectée par ces retards de soins et se dit préoccupée par son état de santé.

**Mr F.** a 72 ans, il est retraité. Il a exercé beaucoup de métiers différents. Il a notamment dirigé un bar restaurant pendant plus de 20 ans. Il a déposé une demande d'aide pour la réalisation de prothèses dentaires. Celle-ci lui a été refusée au vu du niveau de ses ressources. Il avait également déposé une demande de secours auprès de sa mutuelle et de sa caisse de retraite. Seule sa mutuelle lui a répondu favorablement.

AIDE REFUSEE	
Ressources	1953 euros
Loyer	Hébergé
Situation	Retraité
EPICES	30.76
Note état de santé	7-8

Mr F. explique qu'il n'avait jamais demandé d'aide financière auparavant, que ces démarches le gênent un peu. Il ne savait pas que cela existait. S'il en avait de nouveau besoin, il ne déposerait pas de nouveau dossier. Il pense aussi que ces aides sont distribuées trop facilement à des personnes qui ne le méritent pas.

Il n'a pas encore débuté ses soins dentaires. Il fera tout ce qu'il peut pour être en capacité de régler la facture mais il ne veut pas avoir à emprunter de l'argent. Il demandera peut-être à son dentiste de lui proposer un autre protocole de soin.

Mr F. fait très attention à sa santé. Il consulte régulièrement, fait les examens dont ils a besoin sans tarder. Il fait du sport et porte une attention particulière à son alimentation.

<b>AIDE REFUSEE</b>	
<b>Ressources</b>	1903 euros
<b>Loyer</b>	532 euros
<b>Situation</b>	Salariée
<b>EPICES</b>	88.17
<b>Note état de santé</b>	4

**Mme B.** est agent de service hospitalier en maison de retraite. Elle vit seule avec sa fille. Elle a déposé une demande d'aide financière pour la prise en charge d'un traitement orthodontique pour elle. Cette demande a été refusée comme les deux précédentes. Le dentiste conseil a rendu un avis négatif.

Mme B. ne fera pas de nouvelle demande à la CPAM, même si elle en avait besoin. Elle trouve que ces démarches sont toujours compliquées à effectuer, mais encore plus avec la CPAM. Les délais sont plus longs, les documents à fournir plus nombreux et l'aide est presque toujours refusée.

Elle a dû se faire arracher beaucoup de dents par le passé, des dents qu'elle n'a pas fait « remplacer ». Elle n'avait pas les moyens de faire des prothèses. Aujourd'hui ses dents s'espacent de plus en plus et son dentiste craint qu'elles ne finissent par se déchausser. Elle ne peut pas manger normalement et a sans cesse mal à l'estomac.

Mme B. pense que cette aide lui a été refusée parce que la CPAM a considéré qu'elle n'avait pas vraiment besoin de ces soins. Seule, elle ne peut pas faire face à ces frais. Elle a l'impression que cette aide n'est accordée à personne en réalité, « *parce que au vu de ce que moi j'ai fourni comme documents, au vu de ma situation, euh si on refuse c'est que... je sais pas à qui on l'accorde alors* ».

Mme B. renonce à certains soins pour ne pas avoir à faire d'avance de frais. Elle dit aussi que, même pour sa fille, elle retarde le moment de consulter. Elle se sent fatiguée et commence à perdre confiance dans l'avenir. En ce moment, elle cherche un nouvel appartement. La propriétaire de celui qu'elle loue actuellement a décidé de le vendre. Mais elle ne parvient pas à trouver. Elle pense que son nom à consonance maghrébine la pénalise. Elle doit rendre les clés le 30 avril. Nous sommes le 2 et elle n'a aucune piste pour se reloger.

AIDE REFUSEE	
Ressources	4008 euros
Loyer	977 euros (Accession à la propriété)
Situation	Salarié
EPICES	7.10
Note état de santé	8

**Mr G.** est ambulancier. Lorsque je le contacte, il n'a pas pu se libérer pour rentrer et c'est finalement sa femme qui répond à mes questions. Il a demandé une aide financière pour la prise en charge de soins prothétiques. Au vu de ses ressources cette aide lui a été refusée.

Mme G. explique qu'elle n'a pas rencontré de difficultés pour constituer le dossier et que le délai de traitement était « normal ». En revanche, elle regrette que cette décision n'ait été prise qu'au regard de leurs seules ressources. Elle a l'impression que leur dossier n'a pas réellement été étudié. Mme G. pense qu'elle a perdu son temps. Par ailleurs l'attente sans information de la CPAM, alors que son dossier était complet, lui a laissé penser qu'elle recevrait une réponse positive.

Les soins dentaires dont a besoin Mr G. sont importants. Mme G. explique que son mari avait peur des dentistes, qu'il ne s'est jamais fait soigné comme il en aurait eu besoin. Elle raconte comment elle l'a aidé à prendre la situation en main et à entreprendre ces soins. Ils savaient que ses dents étaient en mauvais état mais ils n'avaient pas conscience de l'ampleur du problème. De nombreuses dents sont à enlever. Elle pense qu'il aurait également eu besoin de soins orthodontiques durant l'enfance.

Aujourd'hui, sans cette aide financière, ils ne sont pas sûrs de pouvoir terminer. D'autant que le dentiste préconise de soigner les mâchoires du haut et du bas en même temps. Sans étalement possible des soins, ils seront contraints de les remettre à plus tard.

Ils n'ont jamais eu à renoncer à des soins jusqu'ici. Il s'agissait de leur première d'aide auprès de la CPAM et ils n'en ont jamais déposé auprès d'autres organismes. *« Je trouve que des fois, la vie elle est injuste ! Du moment qu'on peut se débrouiller seul, ben il faut continuer toujours parce qu'on n'aura pas d'aide. » « On doit compter que sur nous. »*

AIDE REFUSEE	
Ressources	2111 euros
Loyer	Propriétaire
Situation	Salariée
EPICES	55.63
Note état de santé	7 - 8

**Mme O.** est auxiliaire de vie, en arrêt de travail au moment de l'entretien. Sa demande d'aide a été refusée par la CPAM car, à l'époque, ses ressources dépassaient le plafond défini pour la distribution des secours. Depuis, Mme O. a déposé une nouvelle demande, pour les mêmes soins, et a obtenu une aide de 78 euros.

Elle trouve que c'est insuffisant et n'est pas sûre de pouvoir réaliser ces prothèses. A la fin de l'entretien, elle me demandera si je ne peux pas faire quelque chose pour son dossier. Par ailleurs, Mme O. n'a pas de chéquier et ne peut bénéficier de facilités de paiement. Dans ce contexte, le délai laissé pour l'utilisation de l'aide lui paraît court. Elle pense qu'il est difficile d'obtenir un secours de la CPAM.

Elle ne consulte les spécialistes que si elle peut le faire à l'hôpital. Elle renonce donc à certains examens pour des raisons financières : un doppler,

un test pour le fonctionnement du canal carpien. Elle ne consulte pas non plus le diététicien que son médecin traitant lui a recommandé. Enfin, elle ne réalise pas tous les dépistages de cancer : « *Honnêtement, j'en ai marre des docteurs hein !* ».

Mme O. est très préoccupée par sa santé, elle souffre d'arthrose, de tendinite et maintenant de dépression. Il lui est de plus en plus difficile de travailler. Une démarche de reconnaissance d'invalidité est en cours. Mais Mme O. s'inquiète : pour l'instant, elle n'a une reconnaissance que de 1<sup>ère</sup> catégorie. Ne travaillant déjà qu'à temps partiel, si elle diminuait encore ses horaires, elle ne pourrait plus bénéficier d'une indemnisation en cas d'arrêt de travail. « *Et ça, ça m'angoisse hein parce que vu ma santé, je sais pas si je pourrais tenir !* » Elle préférerait avoir une reconnaissance de 2<sup>ème</sup> catégorie afin de pouvoir envisager de s'arrêter de travailler.

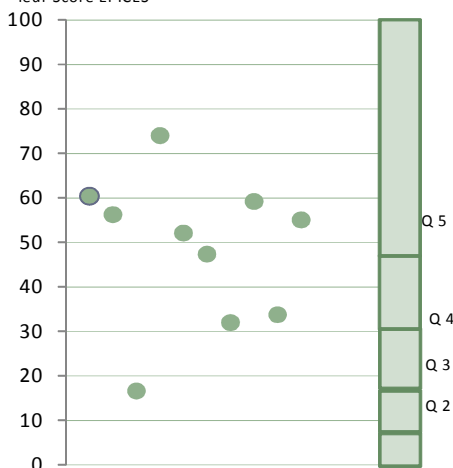
# ANALYSE COMPARATIVE DES ENTRETIENS.

576 demandes complètes sont parvenues aux services de la CPAM en 2012. 34% concernaient des hommes et 66% des femmes. 49,5% des demandeurs avaient entre 50 et 69 ans et 52% étaient en Affection de Longue Durée. Ces demandes ont principalement concerné la réalisation de prothèses dentaires (82% des demandes en 2012).

24 entretiens ont été réalisés dans le cadre de cette étude. 8 hommes et 17 femmes ont été interrogés. 12 d'entre eux ont entre 50 et 69 ans et 14 sont en Affection de Longue Durée. 20 demandes concernaient la réalisation de prothèses dentaires.

## Typologie des situations.

Répartition des assurés ayant utilisé l'aide, selon leur Score EPICES

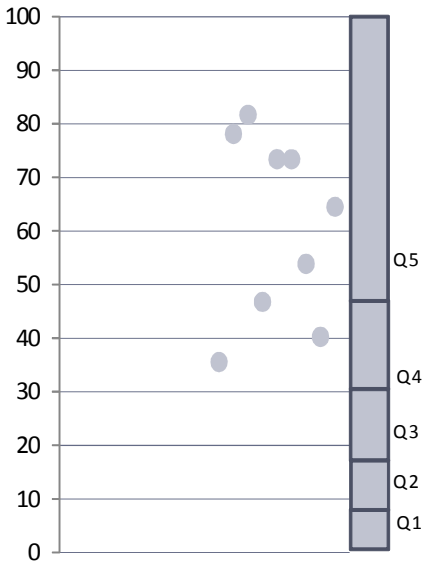


**PRECARITE DES ASSURES INTERROGES :** La précarité des assurés interrogés est importante. Le score EPICES<sup>3</sup> qui a pu être calculé à partir des entretiens montre que 14 d'entre eux se situent dans le cinquième et dernier quintile du score, celui regroupant les plus précaires, et 6 autres dans le quatrième quintile (cf. représentations graphiques). 2 assurés ont un score dépassant les 80 points sur les 100 possible.

<sup>3</sup> Score EPICES et quintiles de distribution. Fragilité sociale mesurée à l'aide du score EPICES : indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie. [http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh\\_14\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf)

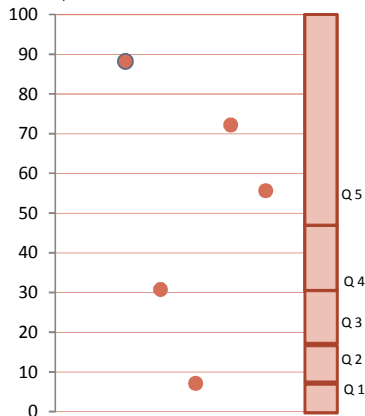


Répartition des assurés don't l'aide a été annulée, selon leur Score EPICES



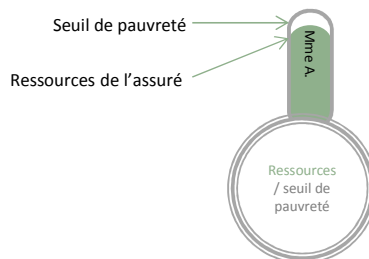
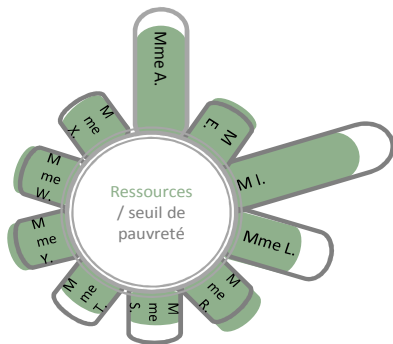
Tous ou presque se trouvent en situation de grande précarité financière. Seuls 4 des assurés interrogés dans le cadre de cette étude disent ne pas connaître de période dans le mois où il leur est difficile de faire face à leurs besoins. Si on regarde le niveau de leurs ressources<sup>4</sup>, en comparaison de la composition de leur foyer<sup>5</sup>, 8 d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté<sup>6</sup>. 4 autres assurés ont des ressources très légèrement supérieures à ce seuil, 50 euros au plus (cf représentations graphiques page suivante). Dans les entretiens menés, les témoignages de cette précarité sont nombreux.

Répartition des assurés don't la demande a été refusée, selon leur Score EPICES



## RENONCEMENT ET RETARD DE SOINS : Cette

précarité financière est à l'origine de nombreux renoncements ou retards de soins. L'étude révèle que ces situations sont particulièrement fréquentes parmi les assurés sollicitant la CPAM pour une aide financière. Certains des assurés interrogés bénéficient d'une prise en charge à 100% dans le cadre d'une Affection de Longue Durée, ils sont donc moins touchés par ce phénomène. Mais d'autres n'ont pas cette prise en charge ou ont besoin de soins ne rentrant pas dans ce cadre-là. 13 d'entre eux ont retardé ou ont renoncé à des soins au moment de l'entretien.

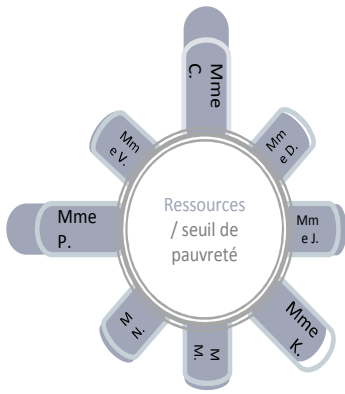


Personnes ayant obtenu et utilisé une aide financière

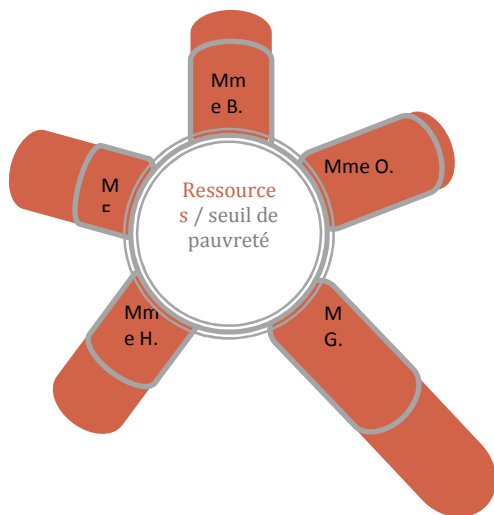
<sup>4</sup> Montant indiqué dans leur dossier et retenu pour l'instruction de leur demande.

<sup>5</sup> Éléments tirés des informations délivrées par les assurés dans le courant des entretiens.

<sup>6</sup> Le seuil de pauvreté équivaut à 60% du revenu médian, soit 964 euros pour une personne seule en 2010.



Personnes n'ayant pas utilisé l'aide qu'elles ont obtenue



Personnes dont la demande a été refusée

Faute de moyens financiers, un grand nombre d'entre eux repousse les consultations chez les spécialistes dont ils auraient besoin. Cela concerne les « visites » qui leur sont prescrites par leur médecin traitant. Pour les femmes, cela s'applique également très souvent à leur suivi gynécologique. Une des assurées interrogées, diabétique, nous explique qu'elle se débrouille pour faire ses soins quotidiens sans l'intervention d'une infirmière afin de diminuer les frais pour elle, mais aussi pour la sécurité sociale. Une autre personne, atteinte de fibromyalgie, ne peut consulter un neurologue, seul praticien habilité à lui prescrire le médicament qui pourrait soulager ses douleurs. Enfin, certains témoignent de leurs difficultés à faire face à ces frais lorsqu'un problème de santé les oblige à consulter plusieurs fois et de manière rapprochée. Par exemple, la femme de Mr I. qui, lorsqu'elle répond à nos questions, nous confie qu'elle souffre de vertiges. Elle a consulté son ophtalmologue puis son médecin traitant, qui l'a renvoyée vers un ORL, qui lui a demandé de passer un IRM. Elle doit maintenant retourner vers cet ORL avec ses résultats d'examen, mais elle n'en a plus les moyens pour l'instant.

De nombreux assurés sont contraints de consulter à l'hôpital pour avoir accès aux praticiens spécialistes. Mais ils n'ont alors plus le choix du praticien et ils n'ont pas toujours confiance en celui qui les ausculte. Mme D. par exemple se rend à l'hôpital pour la prise en charge de ses problèmes ophtalmologiques. Mais elle nous dit : « *bon, apparemment, ce sont des débutants à l'hôpital* » et nous explique qu'elle ne peut pas porter ses lunettes, elle a l'impression de perdre l'équilibre. Mme V., atteinte de Sclérose Latérale Amyotrophique, ne peut plus payer les consultations

chez son cardiologue. Elle dit : « *quand j'y vais, le travail est bien fait, en une seule fois et caetera, mais j'y laisse un cinquième de ma retraite, vu que je suis au minimum vieillesse* ». Mais elle explique aussi qu'elle a dû se rendre quatre fois à l'hôpital au lieu d'une consultation habituelle en cabinet privé. Pour éviter d'avoir à renoncer à certains soins, ils renoncent donc à consulter comme tout un chacun, au sein d'un cabinet médical privé qu'ils auraient choisi. Par ailleurs, les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous sont plus longs.

Quelques-uns font également état de problèmes de mobilité les empêchant de consulter à l'hôpital pour diminuer leurs frais médicaux. D'autres renoncent à certains soins pour cette raison. C'est le cas de Mme W. Elle n'a pas de voiture et ne consulte plus de gynécologue depuis son arrivée dans une ville où il n'y a pas de praticien. C'est aussi la situation de Mme K qui ne peut plus conduire du fait de sa pathologie. Elle a donc dû abandonner ses consultations au centre antidouleur de Nîmes, ne pouvant toujours compter sur sa fille. Enfin, quelques assurés renoncent à pratiquer des examens par peur des résultats ou ne consultent pas car ils ne parviennent pas à adopter les « bons comportements » pour préserver leur santé (Mme J. et Mr M.).

Les retards de soins peuvent également concerner les visites chez le médecin traitant, lorsque celui-ci ne leur fait pas bénéficier du tiers-payant. Il leur faut alors calculer au plus juste. Ainsi, Mme C. qui explique : « *Je réfléchis mille fois dans la tête, même le médecin généraliste, 26 euros, je réfléchis euh... exactement est-ce que je dois aller, je dois pas.* » Mme P nous confie que lorsqu'elle ne peut pas payer une consultation chez son médecin traitant, alors qu'elle doit faire renouveler ses ordonnances, elle « s'arrange » avec son pharmacien. Cela lui permet de repousser de quelques jours sa visite. Le plus souvent, les assurés qui ont des ayants droit expliquent qu'ils font d'abord soigner leurs enfants et qu'ils ne retardent certains soins que pour eux. Une seule assurée, Mme B., nous confie, pour nous dire à quel point ses difficultés financières sont grandes, qu'elle retarde les consultations chez le médecin généraliste lorsque sa fille est malade, attendant de voir si sa santé s'améliore d'elle-même.

Ces retards et renoncements les inquiètent.

**RECHERCHE DE SOLUTIONS PAR LES ASSURES :** Nombre d'entre eux demandent des facilités de paiement aux médecins qu'ils consultent. Ils règlent en plusieurs fois, en laissant plusieurs chèques, ou demandent que leur règlement soit encaissé un peu plus tard. Ceux qui ont connu les plus grandes difficultés financières sont aujourd'hui interdits bancaires. Ils ne peuvent accéder à ces facilités puisqu'ils ne disposent plus de ce moyen de paiement. Ils n'ont donc plus cette marge de manœuvre et doivent attendre de disposer de la somme nécessaire avant de consulter.

Mme P., en situation de surendettement, explique qu'elle a dû demander à plusieurs reprises à sa fille de faire un chèque à sa place. Ce fut le cas lors d'une hospitalisation dans une clinique privée, sa fille a laissé un chèque de caution de 140 euros. Sa fille précise durant l'entretien qu'elle redoute que ce chèque soit encaissé car elle ne dispose pas de cette somme sur son compte bancaire. Elle avait également dû faire un chèque de 300 euros pour que son père, Mr P., puisse louer un appareil l'aidant à respirer. Cette situation la choque : *« Heureusement que moi j'ai droit aux chèques, que j'ai fait un chèque de caution. Il fait comment mon père pour se soigner ? C'est-à-dire qu'il a même pas droit aux soins parce que il a pas de chèque de caution ? »*.

7 des 24 assurés rencontrés dans le cadre de cette étude déclarent avoir déjà emprunté de l'argent pour faire face à des frais médicaux. Le plus souvent, ils empruntent à des proches. Parfois, ils le font auprès des banques. D'autres y ont pensé mais n'ont pas trouvé de soutien auprès de leurs proches, qui ne sont pas en capacité de leur prêter de l'argent, et pensent que les banques ne leur accorderaient pas. Les résultats du score EPICES montrent que le fait de pouvoir compter sur des proches en cas de besoin est ce qui distingue le plus les assurés rencontrés. Certains semblent très entourés, ils expliquent parfois qu'ils ne s'en sortent que grâce à l'aide de leur entourage. C'est le cas de Mme K., Mr I., Mme V. par exemple. Leurs enfants les aident financièrement ou matériellement. A l'inverse, d'autres n'ont personne sur qui compter. Mme C. par exemple ne peut solliciter leur aide car personne dans son entourage n'a un emploi stable. Enfin, certains sont très isolés et n'ont pas de contact avec leur famille.

Ils témoignent de leurs difficultés pour bénéficier du tiers-payant et éviter ainsi d'avoir à faire l'avance des frais. Certains praticiens, qu'ils soient spécialistes ou généralistes sont réticents lorsque les assurés leur demandent (par exemple Mme H.). D'autres refusent sans autre forme d'explications. D'autres encore disent aux assurés que la CPAM leur interdit désormais de le faire (par exemple Mme P.). Rares sont les assurés rencontrés qui savent qu'ils peuvent en bénéficier aux vus de leurs difficultés financières. Ils n'insistent donc pas. Ainsi, Mme P. nous raconte qu'elle a dû passer un scanner pour une douleur au genou. Elle n'a pas pu bénéficier du tiers-payant et n'avait pas de quoi payer cet examen. Elle est repartie sans les résultats. Mme V. quant à elle témoigne de la difficulté à le demander aux praticiens : « *Et pis est-ce que le malade est capable de demander à celui qui le soigne, moi je... Moi, ça m'est très difficile parce que, y a une relation de respect et pis à la fin de la consultation, ben je le respecte tant que je lui dis ' Ecoutez hein, vous attendrez que je sois payée pi je vous paierai !' ».*

Les consultations à l'hôpital permettent donc de résoudre ce problème : ils sont sûrs qu'ils n'auront pas à faire l'avance de frais et qu'ils n'auront pas à demander pour cela. Cela leur permet également d'éviter d'avoir à faire face à des dépenses dont ils n'avaient pas anticipé l'ampleur. En effet, à plusieurs reprises des assurés ont témoigné de situations pour lesquelles les honoraires demandés étaient plus importants que ce qu'ils avaient projeté. Ils nous ont également parlé d'exams pour lesquels ils ont dû transmettre une feuille de soins à la CPAM, le praticien ne prenant pas la carte vitale.

Malgré leurs difficultés, seuls 10 des assurés rencontrés bénéficient d'un suivi des services sociaux. Mais presque tous ont besoin d'aide et d'information pour s'orienter dans le système de santé et plus globalement dans le système de protection sociale. Ainsi, avons-nous été interpellés à de nombreuses reprises sur le fonctionnement des aides à la mutuelle, l'adhésion à une mutuelle lorsqu'on perd son contrat de travail. Certains ne savent pas qu'ils pourraient bénéficier du tiers-payant, d'autres ne savent pas que ce système existe. Mme I. témoigne de sa méconnaissance du dispositif RSA et des difficultés qu'elle rencontre lors de sa première demande. Mme W. témoigne de ses réticences à demander de l'aide jusqu'à ce qu'elle rencontre une assistante sociale qui lui permet de se rendre

compte qu'elle n'est pas seule dans sa situation et qu'il existe des systèmes d'aide. Après quelques refus, Mme D. a abandonné ses démarches.

## Analyse des raisons des renoncements aux soins dentaires.

Comme nous avons pu l'écrire plus haut, cette aide financière est attribuée à des assurés pour la plupart en grandes difficultés financières qui, sans cela, auraient renoncé à leurs soins dentaires. Les entretiens montrent que les assurés apprécient l'accueil qui leur est réservé au guichet. Par ailleurs, le montant des aides accordées semble satisfaisant dans la plupart des cas. Enfin, ils sont prêts à renouveler leur démarche de demande en cas de besoin, excepté pour 3 des assurés à qui cette aide a été refusée. 2 d'entre eux ont compris que leurs ressources sont trop importantes. Le dernier s'est vu opposé plusieurs refus qui l'ont découragé.

**DELAI D'UTILISATION :** Mais tous n'utilisent pas l'aide qui leur est accordée. C'est le cas de 9 assurés parmi les 24 rencontrés. 4 des assurés dont l'aide a été annulée ont pourtant réalisé leurs soins dentaires au moment où nous les rencontrons. Certains n'ont pas compris qu'ils devaient renvoyer une facture acquittée de leur praticien pour déclencher le paiement du secours. Lorsqu'ils s'en aperçoivent, le délai de 6 mois est dépassé. C'est le cas de Mme C. ou encore de Mme K. qui pensaient que le centre mutualiste qu'elles ont consulté traiterait directement avec la CPAM pour ce paiement. Mr I. était dans la même situation. Il n'a pu utiliser son aide que parce qu'il a eu cette information avant l'expiration du délai.

Mme V. et Mr U. ont également réalisé leurs soins ou sont en train de le faire. Mais ceux-ci ont nécessité bien plus de 6 mois de consultations. Lorsqu'ils obtiennent leur facture acquittée, le délai d'utilisation de l'aide a

expiré. Ces deux personnes déclarent qu'elles déposeront une nouvelle demande lorsqu'elles obtiendront cette facture. Mais elles disent aussi qu'elles n'auraient pas renouvelé leurs démarches si elles n'avaient pas eu l'occasion de participer à cet entretien. L'une d'entre elles n'avait pas compris ce qui était à l'origine de l'annulation. L'autre nous demande au moment de notre échange s'il est possible de renouveler sa demande. Ces cas montrent que l'aide mise en place peut être rigide du fait des exigences du fonctionnement administratif. Si en l'espèce les délais impartis sont fonction d'une budgétisation annuelle de l'aide, une souplesse serait néanmoins nécessaire pour éviter une discordance des temps, entre celui de l'aide et celui des soins.

Par ailleurs, plusieurs assurés, qu'ils aient ou non utilisé leur aide, semblent ne pas saisir à quel moment ils doivent déposer une demande de secours. Les démarches à effectuer auprès de la mutuelle pour obtenir un relevé de prise en charge paraissent entretenir une certaine confusion. Certains en viennent à penser que, pour pouvoir fournir un dossier complet, il leur faut attendre que leur mutuelle les ait remboursés (Mr U., Mme V.). En d'autres termes, ils pensent que ces démarches ne sont à entreprendre qu'après que les soins soient réalisés et payés. Ce qui les laisse dans une incertitude difficile à gérer (Mme Y.).

**COMPREHENSION DU FONCTIONNEMENT :** Ainsi certains ne parviennent pas à utiliser l'aide qui leur est accordée et d'autres ne donnent pas suite. C'est le cas de Mme J. notamment qui ne comprend pas les informations contenues dans le courrier de réponse de la CPAM. Mme J. consulte dans un centre mutualiste. La CPAM lui octroie une aide de 405 euros pour la réalisation d'appareils dentaires. Le courrier de réponse spécifie qu'elle devra fournir une facture acquittée afin que cette aide puisse être versée. Mme J. comprend qu'elle devra régler le centre avant d'être remboursée. Elle n'en a pas les moyens. Elle range le courrier de la CPAM et ne retourne pas consulter. L'état de ses dents continue de se détériorer. Ce n'est que lorsque nous nous rencontrons pour l'entretien qu'elle apprend qu'elle n'aurait pas eu à faire d'avance et que cette aide aurait été

directement versée au centre mutualiste. Mais il est trop tard, l'aide a été annulée.

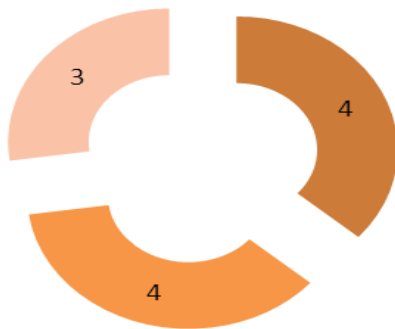
S'assurer de la bonne compréhension du fonctionnement de l'aide est une nécessité que la CPAM et ses services sociaux ont bien compris. Sur ce plan comme sur d'autres, la professionnalité des agents (au double sens des capacités techniques de communication et de conscience professionnelle) est engagée. C'est sur elle que repose concrètement le traitement attentionné des demandes qui est à l'œuvre à la CPAM du Gard. La satisfaction globale des assurés quant au traitement qui leur est réservé en atteste. Mais l'enquête montre aussi que les assurés ont besoin d'être informés sur l'avancement de leur dossier et que le soin apporté à son suivi détermine largement les rapports de confiance dans les services et ses agents.

Pour autant, la compréhension du contenu de l'aide et de son fonctionnement est parfois tributaire du rapport difficile de certains assurés sociaux avec le langage administratif et plus généralement avec l'écrit. Que les demandes soient formatées et tracées est une évidence que personne ne remet en cause. Mais il apparaît tout autant certain que l'écrit constitue parfois un obstacle important. Toute la sociologie des relations de service l'a montré. Aussi, malgré la qualité obtenue dans le traitement des demandes, la CPAM peut-elle avoir intérêt à accompagner davantage encore dans la constitution du dossier de demande les assurés qui manifestement en auraient besoin.

**AVANCE DES FRAIS/MOYEN DE PAIEMENT :** Mme P. a, quant à elle, bien compris le fonctionnement de cette aide mais elle ne consulte pas dans un centre mutualiste et elle ne pouvait pas faire l'avance des frais. Elle dit : *« le dentiste, il demande des chèques ou il demande le liquide et moi, j'ai pas ni liquide, ni les chèques ! Alors comment je fais pour me soigner ? Alors on n'y va pas du tout, du tout parce qu'on peut pas se faire soigner. »* De plus, son mari a été hospitalisé. Cela les a également empêchés de consulter. Le fait de ne pas disposer d'un chéquier peut

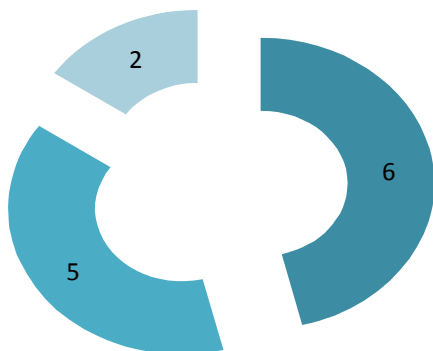


également conduire certains assurés à ne pas réaliser leurs soins. C'est aussi le cas de Mr N., Mr M., probablement Mme O.



■ Aides utilisées ■ Aides annulées  
■ Refus

#### Primo - demandeurs



■ Aides utilisées ■ Aides annulées  
■ Refus

#### Personnes ayant déjà déposé un dossier

D'une façon générale, la question de l'avance de frais est ressortie dans de nombreux entretiens. Qu'elle qu'en soit la raison, elle ne paraît pas justifiée, ni même admissible, au vu des profils des personnes. Il y a là un obstacle évident pour la plupart, qui mérité une réponse forte de la part de la Caisse.

**DEMARCHES DE DEMANDE :** Le plus souvent, les assurés n'ont pas sollicité d'autres organismes pour obtenir une aide financière. Leur réflexe est de se tourner vers la CPAM pour tout ce qui concerne leur santé. Mais ils ne savent pas qu'ils pourraient diminuer la somme restant à leur charge en faisant d'autres demandes. Pourtant, certains d'entre eux renoncent ou ont du mal à faire face à ces frais même s'ils peuvent bénéficier d'un secours.

Pour 11 des 24 assurés rencontrés, il s'agit là de leur première demande de secours à la CPAM. Parmi eux, seuls 4 ont obtenu et utilisé une aide financière (cf représentations graphiques ci-contre). 4 autres ont vu leur aide s'annuler après les 6 mois de délai laissé pour son utilisation. Les 3 derniers n'ont pas obtenu de secours.

Les entretiens montrent que l'information quant à l'existence de ces secours peut leur provenir par différents canaux. Le praticien est souvent à l'origine de leur demande. D'autres sont avertis par des proches. Quelques-uns évoquent une assistante sociale. Enfin, certains ont l'habitude de demander une aide lorsque, seuls, ils ne peuvent faire face à des frais médicaux importants. Ils ont alors l'impression d'avoir toujours eu cette information. A l'inverse, certains assurés ont parfois attendu longtemps avant de prendre

connaissance de l'existence de ces aides, ce qui a retardé d'autant la réalisation de leurs soins dentaires.

La constitution du dossier ne semble pas poser de problèmes, certains déplorent le grand nombre de pièces à fournir quand d'autres trouvent cela justifié. Quelques-uns ont eu à fournir des pièces qu'ils pensent avoir déjà communiquées. D'autres déplorent le fait que certaines pièces manquantes ne soient réclamées que tardivement, rallongeant d'autant le délai d'attente.

Les délais d'attente sont très diversement ressentis. Ils semblent également varier de manière importante d'un dossier à l'autre ou d'une période à l'autre. De manière générale, ces délais sont acceptés dès lors qu'ils ont été annoncés à l'assuré au moment du dépôt de sa demande. En revanche, même s'ils sont acceptés, ils peuvent être mal vécus. Certains souhaiteraient être informés de l'avancement de l'instruction de leur dossier (Mme C., Mme K.). L'absence d'information laisse les assurés dans une incertitude difficile à vivre. A l'inverse, elle peut nourrir de faux espoirs (Mr G.).

Mme K. et Mme V. témoignent toutes deux de la difficulté d'entreprendre ces démarches de demande et de suivre l'évolution de leur dossier alors qu'elles sont très affaiblies par leur pathologie.

**LES REFUS :** Les situations sont très diverses selon que la décision est prononcée parce que les ressources de l'assuré sont trop élevées, ou parce que les soins concernés sont hors nomenclature et ne peuvent faire l'objet d'une aide. Dans tous les cas, la décision rendue par la CPAM n'est pas comprise. Ils ont l'impression que leur demande n'a pas été entendue. 4 des 5 assurés dans ce cas n'ont pas entamé leurs soins. 3 semblent prêts à renoncer, ne sachant pas comment faire pour parvenir à les régler. Dans tous les cas, la CPAM semble avoir intérêt à s'assurer que l'explication du refus a été comprise et qu'en rien celui-ci n'obère la possibilité de déposer plus tard une nouvelle demande. Bien souvent en effet, un refus mal expliqué ou mal compris produit un non-recours définitif<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Cette observation avait été expliquée par Philippe Warin, lors du séminaire organisé par la CPAM du Gard en décembre 2012, dans le cadre de la Mission déléguée « Assurance maladie

## REGARD CRITIQUE.

Au regard des délais de réponse et des montants de l'aide, le système paraît satisfaisant. On note également une satisfaction quant à l'accueil en direct à la CPAM. Globalement, la démarche paraît souvent plus simple ou en tout cas pas plus compliquée qu'une autre. Dans la majeure partie des cas, cette aide permet réellement aux assurés en bénéficiant d'accéder à des soins auxquels, sans cela, ils auraient dû renoncer.

En revanche, l'accès administratif à l'aide reste complexe pour certains et le traitement de certaines demandes semble connaître quelques dysfonctionnements internes (pièces perdues, dossiers mal dirigés).

Surtout, le système comporte des obstacles majeurs. Les entretiens révèlent que les assurés ont une connaissance aléatoire de l'aide. Les sources d'information sont très diverses. Le temps qui s'écoule entre le moment où les problèmes dentaires sont diagnostiqués et celui où l'assuré apprend l'existence de cette aide, peut être très long. L'obligation d'avance des frais, lorsqu'ils ne consultent pas au sein d'un centre mutualiste, est un autre de ces obstacles. D'autant que l'absence de relais signalés vers d'autres aides est également un élément qui transparaît des entretiens et qui renforce ce problème de « reste à charge ». Enfin, la discordance entre temps d'utilisation de l'aide accordée et temps de traitement peut rendre l'annulation des secours accordés inévitable.

En résumé, ce système d'aide de secours semble fonctionner convenablement. Cette offre est bien perçue par les assurés qui en bénéficient. Les aménagements qui pourraient être apportés ne concerneraient pas tant son contenu que ses modalités d'accès et sa mise en œuvre. Pour améliorer l'efficacité de ce dispositif, il s'agirait avant tout de le faire connaître auprès des publics que la CPAM veut cibler, afin de les guider au mieux dans son accès.

---

et publics vulnérables », préparatoire de la prochaine Convention d'objectifs et de gestion qui sera signée entre l'Etat et l'Assurance maladie en 2014.

L'aide financière pour soins dentaires est cependant déterminée par les ressources que le Conseil d'administration de la Caisse décide de lui accorder. Malgré l'effort financier réalisé par la Caisse, il ne lui est donc pas possible de cibler des assurés en particulier, ni *a fortiori* de communiquer largement sur cette aide, au risque sinon de faire face à un afflux de demandes qui ne pourront pas être satisfaites. La Caisse ne peut évidemment pas prendre ce risque. Par conséquent, les pistes de réflexion pour améliorer l'utilisation de l'aide doivent être pensées en des termes assez différents de ceux habituellement proposés. En l'espèce, la Caisse ne peut pas davantage informer les assurés et les professionnels de l'existence de cette aide pour la raison évoquée juste avant. Si des améliorations en termes d'information sont néanmoins envisageables, les pistes proposées ici portent davantage sur l'efficacité des procédures et sur de possibles innovations organisationnelles.

## Pistes de réflexion.

### **INFORMATION :**

1. Information des demandeurs de l'aide sur les autres aides possibles (mutuelles, conseil général, etc.) lors de la remise de la demande de pièces à fournir.
2. Information des demandeurs de l'aide sur les centres mutualistes (qui évitent l'avance de frais par les assurés), lors de la remise de la demande de pièces à fournir.

### **PROCEDURES :**

3. Fabrication d'un nouveau document de demande, spécifiquement adapté aux secours pour soins dentaires (celui qui est utilisé aujourd'hui sert à beaucoup d'autres demandes d'aides, comporte des informations qui ne

sont pas nécessaires à l'instruction des demandes et certains assurés déplorent sa forme)

4. Indication du délai d'instruction lors de la remise du dossier de demande complet.
5. « Pointage » avec les assurés de chaque pièce constitutive du dossier au moment de sa remise, par exemple au moyen d'un document en double exemplaire qui accompagnerait le dossier dans les circuits de traitement de la CPAM et serait remis à l'assuré. Ceci afin de vérifier qu'il est complet et d'éviter les quiproquos sur la perte de documents.

### **INNOVATIONS :**

6. Mise en place d'une offre de service CPAM pour aider les personnes en difficulté à produire une demande recevable, à partir du repérage des pièces manquantes et d'erreurs, de blancs, etc. dans les parties « à remplir » par l'assuré(e). Un outil *ad hoc* pourrait être réfléchi avec l'Odenore.
7. Corrélativement : formation d'un agent CPAM pour l'aide à l'écrit.
8. Mise en place d'un circuit direct CPAM/Organismes complémentaires dès réception d'une demande afin de produire les pièces entre administrations. Cela aurait pour premier avantage de simplifier la démarche pour l'assuré(e), voire de fiabiliser et accélérer la procédure.
9. Passer à un délai glissant pour l'utilisation de l'aide, en fonction d'un calendrier des soins établi par les praticiens.
10. Poursuite de la politique d'incitation pour l'usage du tiers-payant et carte vitale, en direction des professionnels.
11. Examiner la possibilité d'une fongibilité des aides dédiées au paiement de frais de soins dentaires entre institutions. La création d'un fonds commun

pourrait permettre de cibler l'aide financière et de passer d'une « attribution discrétionnaire » à une « attribution réglementaire ». Le ciblage pourrait être fondé sur différents principes : d'aide aux plus défavorisés selon des critères financiers et/ou non financiers ; d'aide à l'employabilité selon le constat qu'une santé bucco-dentaire détériorée est un obstacle fort dans l'accès à l'emploi (dans ce cas, l'aide décidée par la CPAM s'inscrirait dans un horizon plus large d'enjeux territoriaux) ; etc.

Ces pistes ne sont probablement pas les seules. Pour partie, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard les a déjà identifiées. Aussi, est-ce dans la poursuite de l'effort engagé, en particulier par le service social qui s'assure de la bonne compréhension du dispositif par les assurés, que l'organisme trouvera les moyens de réduire la non utilisation de l'aide financière pour soins dentaires, qui a touché près d'un demandeur sur six en 2012.