

Difficultés d'utilisation des aides financières pour les soins dentaires

Les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) développent des secours d'action sociale pour aider le financement de soins dentaires. Cette aide particulière est prise sur les fonds des CPAM dédiés à l'action sociale. Dans chaque Caisse, son volume global est déterminé par les ressources que les Conseils des Caisses décident de lui accorder. Ainsi, les ressources consacrées à cette aide au financement de soins dentaires s'élèvent-elles en 2012 à plus de 185 000 euros à la CPAM du Gard, où l'étude, qui sert de support à ce Document de travail, a été réalisée.

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. Elle 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.

Malgré l'effort financier consenti par les Caisses, il ne leur est 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. Les Caisses ne peuvent évidemment pas prendre ce risque. La logique d'attribution est donc « discrétionnaire » : l'aide financière pour soins dentaires étant fonction d'un financement limité, il n'y a pas de public cible prédéfini et quantifié, ni d'information générale sur l'existence de cette aide ; au-delà des critères financiers, l'octroi de l'aide repose sur des barèmes et critères fixés par les commissions d'Action Sanitaire et Sociale.

En 2012, 576 demandes complètes sont parvenues aux services de la CPAM du Gard. 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 (ALD). Ces demandes ont principalement concerné la réalisation de prothèses dentaires (82 % des demandes). Cette même année, 333 aides ont été accordées et versées et 62 autres ont été annulées faute d'utilisation dans les six mois de délai imparti. Au total, 395 demandeurs étaient éligibles parmi les 576, soit 68 %.

L'étude, ici résumée, a analysé les motifs qui conduisent certains assurés à ne pas utiliser l'aide qui leur est attribuée. Pour ce faire, elle s'est intéressée à 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'autres encore l'ont obtenue et utilisée.

En ciblant les assurés ayant sollicité l'aide de la CPAM, l'étude porte sur une forme particulière de non-recours et non pas sur toutes. Elle s'intéresse en particulier 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 62 demandeurs sur 395 assurés éligibles. Mais puisque certains demandeurs ont pu recevoir un accord en 2011, il s'agit d'une estimation et non d'une mesure d'un taux précis de non utilisation de l'aide. Cette estimation est de 16 %.

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. 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 ». Par ailleurs, une enquête auprès des personnels en lien avec les demandeurs de l'aide pourrait éventuellement permettre de repérer du non-recours par « non proposition ».

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 ALD. 20 demandes concernaient la réalisation de prothèses dentaires.

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.

Des situations de précarité

La précarité des assurés interrogés est importante. Le score EPICES¹ qui a pu être calculé à partir des entretiens montre que 14 d'entre eux se situent dans le cinquième et dernier quintile, celui regroupant les plus précaires, et 6 autres dans le quatrième quintile. 2 assurés ont un score dépassant les 80 points sur les 100 possibles.

Tous ou presque se trouvent en situation de grande précarité financière. Seuls 4 des assurés interrogés 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 ressources², en comparaison de la composition de leur foyer³, 8 d'entre eux vivent sous le seuil de pauvreté⁴. 4 autres assurés ont des ressources très légèrement supérieures à ce seuil, 50 euros au plus. Dans les entretiens menés, les témoignages de cette précarité sont nombreux.

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 assurés bénéficient d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une ALD, 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.

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 concerne également très souvent leur suivi gynécologique. Une des assurées interrogées, diabétique, 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, une femme a consulté son ophtalmologue puis son médecin traitant, qui l'a renvoyée vers un ORL, qui lui a demandé de passer une IRM. Elle doit maintenant retourner vers cet ORL avec ses résultats d'examen, mais elle n'en a plus les moyens pour l'instant.

1 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 : <www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf>.

2 Montant indiqué dans leur dossier et retenu pour l'instruction de leur demande.

3 Éléments tirés des informations délivrées par les assurés au cours des entretiens.

4 Le seuil de pauvreté équivaut à 60 % du revenu médian, soit 964 euros pour une personne seule en 2010.

De nombreux assurés sont contraints de consulter à l'hôpital pour avoir accès aux praticiens spécialistes. Pour éviter d'avoir à renoncer à certains soins, ils évitent de consulter comme tout un chacun, au sein d'un cabinet médical privé qu'ils auraient choisi. Mais ils n'ont alors plus le choix du praticien et ils n'ont pas toujours confiance en celui qui les ausculte. 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 réduire les frais médicaux. 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.

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. Certains assurés indiquent que lorsqu'ils ne peuvent pas payer une consultation chez leur médecin traitant, alors qu'ils doivent renouveler des ordonnances, ils « s'arrangent » avec les pharmaciens. Cela leur permet de repousser de quelques jours une consultation. Le plus souvent, les assurés qui ont des ayants droit expliquent qu'ils font d'abord soigner leurs enfants et qu'ils retardent certains soins pour eux.

Ces renoncements et retards les inquiètent.

Recherche de solutions par les assurés

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.

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 considèrent 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. 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 ne savent pas qu'ils pourraient bénéficier du tiers-payant, d'autres ne savent pas que ce système existe. Certains praticiens, qu'ils soient spécialistes ou généralistes sont réticents lorsque les assurés leur demandent. D'autres refusent sans autre forme d'explications. D'autres encore disent aux assurés que la CPAM leur interdit désormais de le faire. Rares sont les assurés rencontrés qui savent qu'ils peuvent en bénéficier vu leurs difficultés financières. Ils n'insistent donc pas. Ils parlent également d'examens pour lesquels ils ont dû transmettre une feuille de soins à la CPAM, le praticien ne prenant pas la carte vitale.

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. À plusieurs reprises des assurés témoignent de situations pour lesquelles les honoraires demandés sont plus importants que ce qu'ils ont prévu.

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.

Des utilisations variables de l'aide

L'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 opposer plusieurs refus qui l'ont découragé.

Délai d'utilisation

Tous n'utilisent pas l'aide qui leur est accordée. C'est le cas de 9 assurés sur 24; 4 des assurés dont l'aide a été annulée ont pourtant réalisé leurs soins dentaires au moment des entretiens. 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.

D'autres assurés 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 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. 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.

Compréhension du fonctionnement

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 lors de 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 comprise. 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. 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 la qualité du suivi détermine largement les rapports de confiance dans les services et leurs 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. Aussi, malgré la qualité du 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

Le fait de ne pas disposer d'un chéquier peut également conduire certains assurés à ne pas réaliser leurs soins. 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 mérite une réponse forte de la part de la Caisse.

Démarches 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. 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 cette aide financière. 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. À 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. L'absence d'information laisse les assurés dans une incertitude difficile à vivre. À l'inverse, elle peut nourrir de faux espoirs.

Les refus

Les situations sont très diverses selon que les ressources de l'assuré sont trop élevées, ou 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. Les assurés 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.

Regard critique

Concernant les délais de réponse et les 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 qui en bénéficient d'accéder à des soins auxquels, sans elle, ils auraient dû renoncer.

En revanche, l'accès administratif à l'aide reste complexe pour certains et le traitement des demandes semble connaître parfois 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 transparait 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 donc 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.

Pistes de réflexion	
Procédures	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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.
Procédures	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Indication du délai d'instruction lors de la remise du dossier de demande complet. • « 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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). • Corrélativement : formation d'un agent CPAM pour l'aide à l'écrit. • 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. • Passer à un délai glissant pour l'utilisation de l'aide, en fonction d'un calendrier des soins établi par les praticiens. • Poursuite de la politique d'incitation pour l'usage du tiers-payant et carte vitale, en direction des professionnels. • 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, qui peuvent intéresser un département qui est parmi les quatre plus pauvres de France, avec un taux de chômage des moins de 25 ans particulièrement élevé) ; etc.

Ces pistes ne sont probablement pas les seules. Pour partie, la Caisse primaire d'assurance maladie du Gard les a déjà identifiées et en met plusieurs en œuvre depuis le rendu de l'étude. 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.

Ce document de travail présente les principaux résultats d'une étude réalisée en 2013 pour et avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard.

Blanchet N., 2013, « Étude auprès d'assurés de la CPAM du Gard sollicitant une aide financière pour des soins dentaires », (sous la dir. Warin P.), Odenore.

Le rapport d'étude est mis en ligne : Odenore : *Études et Recherches*, n° 47.

<http://odenore.msh-alpes.fr/content/etude-aupr%C3%A8s-d-assur%C3%A9s-de-la-cpam-du-gard-sollicitant-une-aide-financi%C3%A8re-pour-des-soins-dent>

Documents de travail de l'odenore

Cette collection a pour but de rendre disponible un ensemble de documents de travail issus de recherches menées à l'ODENORE (Observatoire des non-recours aux droits et services)

Tous les droits afférant aux textes diffusés dans cette collection appartiennent aux auteurs. Des versions ultérieures des documents diffusés dans cette collection sont susceptibles de faire l'objet d'une publication. Veuillez consulter le site internet de l'ODENORE pour obtenir la référence exacte d'une éventuelle version publiée.

Cette collection est accessible par :

- > <http://odenore.msh-alpes.fr/>
- > <http://www.pacte.cnrs.fr/>
- > <http://halshs.archives-ouvertes.fr/>
- > <http://rt6-afs.org/>
- > www.ireon-portal.eu
- > www.vascoda.de

Odenore Working Papers

The aim of this collection is to make available a set of working papers produced at the ODENORE (Observatory on non-take up of social rights and public services)

The copyright of the work made available within this collection remains with the authors.

Further versions of these working papers may have been submitted for publication. Please check the ODENORE website to obtain exact references of possible published versions.

Possibilities to have access to the collection

- > <http://odenore.msh-alpes.fr/>
- > <http://www.pacte.cnrs.fr/>
- > <http://halshs.archives-ouvertes.fr/>
- > <http://rt6-afs.org/>
- > www.ireon-portal.eu
- > www.vascoda.de

Mise en page : Pacte - Claudette Gorodetzky

Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services
Laboratoire Pacte (UMR CNRS 5 194)

Maison des Sciences de l'Homme - Alpes

Adresse postale

MSH-Alpes - BP 47 - F 38 040 Grenoble cedex 9

Adresse géographique

1221, avenue centrale - Domaine universitaire
38 400 Saint-Martin d'Hères



Odenore

Observatoire des non-recours aux droits et services