



# LES DEMANDES D'AIDES INDUITES PAR LE RENONCEMENT AUX SOINS

*Une contribution à l'analyse  
des coûts sociaux du phénomène.*



RAPPORT DE L'ETUDE POUR  
LA CAISSE PRIMAIRE  
D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)  
DE L'ISERE

**Héléna Revil  
Philippe Warin**



Octobre 2020



### Remerciements

Nous remercions chaleureusement les équipes de la CPAM de l'Isère qui ont rendu possible la réalisation de cette étude, ainsi que les professionnels qui ont accepté de participer au Comité de pilotage. Nos remerciements vont également aux collègues de l'Odenore et de la société VizGet qui ont largement contribué aux étapes de collecte et d'analyse des données de cette étude.

### Pour citer ce rapport

Revil Hélène et Philippe Warin, « Les demandes d'aides induites par le renoncement aux soins. Une contribution à l'analyse des coûts sociaux du phénomène », Etude n°94, Odenore, Rapport pour la Caisse primaire de l'Isère, octobre 2020.

## Sommaire

Introduction .....	4
L'étude telle que pensée initialement .....	4
L'étude à l'épreuve du réel.....	8
<b>I. Des difficultés dans le quotidien en lien avec le renoncement ou le report de soins.....</b>	<b>15</b>
1.1 La nature des renoncements ou des reports cités par les personnes .....	15
1.1.1 Des absences de soins souvent cumulatives et qui ont tendance à s'inscrire dans la durée ....	15
1.1.2 Les soins non-réalisés sont plus souvent dentaires, visuels et/ou spécialisés.....	16
1.1.3 Des reports ou renoncements liés en particulier à des considérations financières mais aussi à des expériences de soins difficiles .....	17
1.2 Le profil des personnes rencontrant des difficultés .....	19
1.2.1 Deux "renonçants" sur trois déclarent des difficultés.....	19
1.2.2 Des éléments de profil de la population qui déclarent des difficultés.....	20
1.3 Le type de difficultés rencontrées par les personnes.....	26
1.3.1 Des difficultés domestiques, financières, sociales et/ou professionnelles.....	26
1.3.2 Une légère variation du type de difficultés selon la nature des soins manquants.....	28
1.3.3 Des éléments complémentaires de réflexion.....	31
<b>II. Demander ou non de l'aide par rapport à ces difficultés.....</b>	<b>33</b>
2.1 Demander de l'aide.....	34
2.1.1 Demander de l'aide "instituée" .....	35
2.1.2 Les "déclencheurs" de la demande d'aide "instituée" .....	37
2.1.3 Demander de l'aide à ses proches .....	40
2.1.4 Se tourner vers un organisme bancaire .....	42
2.2 Un non-recours à l'aide "instituée" .....	43
2.2.1 Une prédominance de la non-connaissance.....	43
2.2.2 Complexité et non-réception des aides .....	48
2.2.3 La non-demande suite aux refus.....	50
2.2.4 Numérique et dématérialisation : un effet net, plus marqué pour les plus âgés.....	50
<b>Perspectives conclusives : des éléments repérables pour éviter la survenue de fortes implications à la non-réalisation de soins .....</b>	<b>53</b>

## **Introduction**

### **L'étude telle que pensée initialement**

#### **Eléments de contexte**

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la collaboration entre l'Odenore et l'Assurance maladie qui a permis la création de l'enquête du Baromètre du renoncement aux soins (BRS) et des Plateformes d'intervention pour l'accès aux soins de santé (PFIDASS) – devenues, en mars 2020, les Missions accompagnement santé (MAS). La connaissance produite au travers du BRS et de l'accompagnement sociologique des PFIDASS porte en particulier sur les facteurs explicatifs du renoncement aux soins. Mais, dès les premiers entretiens qualitatifs conduits dans le Gard auprès de « renonçants » aux soins, des constats ont également été faits sur les conséquences de cette situation pour les personnes concernées (Warin et Chauveaud, 2014). Une question a d'ailleurs été ajoutée à la seconde version du questionnaire du BRS de façon à collecter systématiquement des informations sur les conséquences et d'en déterminer la nature.

Rappelons quelques résultats sur ce point : tous territoires confondus, 76% des personnes qui ont déclaré un ou plusieurs renoncements aux soins via le BRS (N = 40 115) évoquent des conséquences sur leur santé physique ou mentale. Un quart parlent de conséquences sur leur vie sociale, 23% sur leur vie professionnelle et une personne sur cinq note des conséquences sur sa vie familiale (Revil et al., 2019). Le BRS indique en outre que la perception de leur état de santé est très différente chez les « renonçants » et les « non-renonçants », les premiers étant nettement plus nombreux que les seconds à considérer leur état de santé comme « moyen », « mauvais » ou « très mauvais ».

Les entretiens qualitatifs réalisés dans le cadre du déploiement du BRS au-delà du Gard apportent des précisions sur les conséquences du phénomène en pointant certaines des difficultés très quotidiennes rencontrées par les personnes du fait de cette situation : gêne dans la réalisation d'activités courantes, impact sur la gestion des enfants, moindre autonomie pour se déplacer... Ils donnent également des indices sur la manière dont les personnes font face, par exemple en recherchant le soutien (financier ou non) de proches ou en se tournant vers des organismes bancaires. Dans ces entretiens, il est en revanche assez peu question des demandes d'aides adressées par les personnes à des organismes sociaux, des collectivités territoriales et/ou des associations pour pallier aux difficultés générées par l'absence de soins.

Des travaux de l'Odenore montrent pourtant que le recours à l'aide sociale facultative est pour une part lié à des situations d'urgence qui découlent de difficultés induites par l'absence d'organisme complémentaire (alors que certaines personnes pourraient avoir droit à la CMU-C ou à l'ACS) et parfois même à l'impossibilité de se soigner<sup>1</sup>. Ce recours à des aides sociales facultatives peut concerner des aides à la mobilité, mais aussi des aides financières ou humaines à la vie quotidienne pour compenser une baisse des revenus d'activité ou une perte d'autonomie imputable à ces renoncements, etc. En même temps d'autres budgets sociaux peuvent être impactés dans le cas d'aides sociales légales comme, par exemple, les allocations chômage ou les indemnités journalières induites par une cessation d'activité professionnelle lié aux conséquences d'un renoncement aux soins.

Des remontées d'informations produites par des professionnels de l'aide à domicile alertent aussi sur ces difficultés. Par exemple, des intervenants rapportent que des personnes dépendantes cherchent à obtenir des soins infirmiers ou paramédicaux qui ne sont pas prévus dans les plans d'aide dont elles bénéficient (APA notamment) et que par ailleurs elles ne demandent pas à leur médecin traitant du fait de ne pas pouvoir assurer leur prise en charge. Des besoins de soins qui peuvent engendrer des conséquences et d'autres dépenses d'aides sociales restent ainsi sans réponse.

L'hypothèse principale adressée dans cette étude est que le renoncement aux soins peut conduire les personnes à demander des aides sociales et/ou de l'aide à des proches dans le but de pallier certaines conséquences socioéconomiques induites par ces situations.

### **Objectifs et méthodologie "originels"**

Initialement, l'objectif du projet était de connaître pour une population donnée, le volume des aides demandées et obtenues pour compenser les conséquences d'un renoncement à des soins, de déterminer leur nature, l'organisme prestataire, et *in fine* d'estimer le total des montants attribués par type d'aide financière ou des coûts pour les aides non financières. Ce faisant, il s'agissait de produire une estimation volumétrique et financière des aides sociales venant compenser des difficultés induites par un ou des renoncements aux soins. En même temps, ce travail se donnait pour objectif d'établir une typologie du recours aux aides sociales en fonction des profils des « renonçants » mais aussi des caractéristiques du renoncement (type

---

<sup>1</sup> C'est ce que nous avons pu observer par exemple grâce à l'outil de repérage mis en place avec les agents instructeurs de demandes d'aides sociales facultatives et les écrivains publics du CCAS de Grenoble lors d'une formation-action achevée en décembre 2016. C'est ce qu'a confirmé une recherche rendue également fin 2016 à la DGCS, qui a été menée avec la collaboration de l'UNCCAS et de l'ANDAS.

de soins, ancienneté, intensité). Enfin, l'idée était de concevoir un protocole d'enquête, de le tester avec la CPAM de l'Isère pour possiblement le dupliquer sur d'autres territoires.

Une méthode dite « quanti/quali » a été retenue pour cette étude :

- ◇ Une enquête quantitative par questionnaire visant à produire de la connaissance sur les difficultés induites par le renoncement aux soins dans le quotidien des personnes et sur les aides auxquelles les personnes recourent « de ce fait ou pour ce fait » ; à dénombrer les aides demandées et obtenues, à les inventorier par types, à connaître leur durée et si possible leur montant (aides financières) ou leur coût (aides non financières) ; à questionner sur le fait que face aux mêmes difficultés, des personnes ne demandent pas d'aides, institutionnelles ou d'autres natures.
- ◇ Une enquête par entretiens qualitatifs auprès d'un échantillon de personnes ayant participé à la phase quantitative, ayant vocation à décrire précisément les difficultés rencontrées par les personnes du fait du renoncement aux soins et leur imbrication avec d'autres difficultés ; à comprendre les raisons du recours ou du non-recours à des aides sociales et de la sollicitation d'un acteur plutôt que d'un autre ; d'expliquer cela au regard des situations sociales et/ou des autres types de soutiens (familiaux notamment) disponibles ou non, ainsi que de la recherche ou non d'autres solutions par les personnes (recours au crédit bancaire par exemple).

Il était convenu de conduire les enquêtes quantitative et qualitative auprès de deux populations : (1) des assurés accompagnés par la Pfidass ; (2) un échantillon d'assurés sans organisme complémentaire (connu de l'assurance maladie obligatoire) non accompagnés par la Pfidass, ciblés par voie de requêtage dans le système informationnel et représentatifs en termes de sexe, âge, territoire de résidence des assurés sans organisme complémentaire Isérois.

Une enquête complémentaire, articulant comme pour l'enquête dite principale une phase de questionnaires et d'entretiens, devait être effectuée sur deux territoires du département de l'Isère présentant des spécificités en termes de démographie, de nature (rural/urbain/montagneux), d'accessibilité géographique, de densité médicale et/ou d'offres de services publics.

Le projet initial prévoyait également « une étape évaluative » ayant vocation à estimer les coûts financiers des aides sociales accordées, partant des données produites au travers des différentes enquêtes quantitatives et qualitatives. En prévision de cette étape notamment, l'équipe de recherche a proposé d'associer des professionnels sociaux du territoire Grenoblois, connaissant la diversité des aides sociales (leur réglementation et leur montant ou coût).

## Une démarche itérative et collaborative

Un Comité de pilotage a ainsi été constitué auquel des professionnels d'institutions et associations Iséroises ont pris part. Ces acteurs sont les suivants : Caisse d'allocations familiales (CAF), Caisse d'assurance retraite et de santé au travail (CARSAT), Conseil Départemental, Ville de Grenoble, Centre communal d'action sociale (CCAS), Union départementale des CCAS (UDCCAS), Point précarité santé (POPS) et Point d'Eau.

A l'instar de la démarche habituelle de l'Odenore, il a été proposé de réunir ce Comité aux différentes étapes de l'étude de manière à construire collectivement les outils d'enquête – en particulier le questionnaire de la phase quantitative –, d'associer les professionnels de terrain à plusieurs choix importants – par exemple concernant les critères à retenir pour constituer les échantillons d'enquêtés - et d'échanger sur des résultats intermédiaires. Le Comité de pilotage s'est donc réuni à plusieurs reprises, en particulier au moment de la préparation de l'enquête par questionnaire et de la détermination des échantillons d'assurés auprès desquels enquêter. Plusieurs allers-retours ont eu lieu entre les différents membres du Comité avant de s'accorder sur le contenu du questionnaire.

Par ailleurs, dans la continuité des travaux de recherche menés par l'Odenore avec les organismes d'assurance maladie comme avec d'autres partenaires, le choix a été fait de confier la collecte des données quantitatives à des agents en contact avec les publics. Dans cette étude, ce sont des agents d'accueil de la CPAM et les conseillers Pfidass qui ont été impliqués dans la passation des questionnaires.

Deux temps de travail ont été organisés avec l'équipe de la PFIDASS pour préparer cette passation ; le premier a permis de prendre l'avis des professionnels sur le questionnaire, de le re-travailler avec eux et de discuter plus globalement de l'étude ; le second a permis aux conseillers de tester le questionnaire auprès de quelques assurés en présence des chercheurs de l'Odenore, de procéder collectivement aux derniers ajustements avant la passation. Les chercheurs ont aussi profité de ce moment pour donner quelques « ficelles », faire part de suggestions aux agents de manière à faciliter la passation de l'enquête auprès des assurés.

Des temps de travail équivalents entre les chercheurs de l'Odenore et les agents d'accueil devaient être organisés. Ils n'ont finalement pas eu lieu. Deux temps d'échange se sont en revanche tenus « en aval » de l'enquête avec ces agents : les chercheurs de l'Odenore ont, en premier lieu, participé à un séminaire organisé par la CPAM réunissant tous les agents d'accueil. A l'occasion de ce séminaire, les chercheurs ont rappelé le contexte de l'étude, ses objectifs et sont revenus sur les modalités de travail entre les différents partenaires. Les agents d'accueil ont partagé leur ressenti sur l'enquête et fait part des difficultés rencontrés à l'occasion de la passation des questionnaires. Un second temps de travail a été organisé en comité plus restreint avec des agents d'accueil afin de revenir précisément sur ces difficultés

de manière à en tenir pleinement compte dans la suite de l'enquête - passation des questionnaires sur les territoires complémentaires et/ou duplication du protocole par d'autres caisses primaires.

## **L'étude à l'épreuve du réel**

L'implication du Comité de pilotage, les différents temps de travail avec des agents, mais également le fait d'avoir échangé de manière serrée et régulière avec des professionnels de la CPAM, ont amené des évolutions, chemin faisant, tant dans les objectifs de l'étude qu'en termes méthodologiques.

## **Des choix au moment de la construction du questionnaire**

Dès les premiers échanges en Comité pilotage pour construire le questionnaire de l'étude - partant d'une première version fournie par l'Odenore -, la difficulté d'établir une liste exhaustive des aides sociales financières et non financières pouvant être demandées par les personnes pour faire face à une situation de renoncement aux soins est apparue (l'aide pouvant notamment prendre la forme d'une réunion/atelier collectif ou d'un forum, à l'occasion desquels les personnes peuvent trouver une écoute, bénéficier de conseils...).

Il a été décidé collectivement de simplifier le questionnaire sur ce point. Ainsi, au lieu de demander aux personnes de nommer précisément l'aide ou les aides sollicitées (le cas échéant), le choix a été fait de questionner sur les organismes/structures/institutions sollicités et le type d'aides demandées en en différenciant trois : aide humaine, aide financière, aide matérielle. Ce choix a été principal dans la mesure où il a entraîné un changement dans les objectifs de l'étude : ne pas demander aux répondants de nommer précisément les aides obérait en effet la possibilité de réaliser une estimation financière précise des montants dépensés par certains acteurs pour pallier aux conséquences du renoncement aux soins. Les partenaires de l'étude se sont cependant accordés rapidement sur le fait de travailler plutôt à une estimation globale, prévue en fin de processus lors du rendu des éléments quantitatifs de l'étude.

Outre ce changement principal, des questions ont été introduites dans l'enquête, suite aux échanges en Comité de pilotage, sur deux points en particulier : (1) le fait que des aides aient été non pas demandées par les personnes mais proposées par des professionnels, dans un contexte où le datamining amène certains de partenaires de l'étude à aller « au-devant » de certaines demandes ; (2) l'impact de la dématérialisation sur la demande d'aides par certains publics et le caractère potentiellement « empêchant » du passage par le numérique.



Les échanges en Comité de pilotage n'ont en revanche pas entraîné de changements quant aux cibles de l'enquête par questionnaire. L'enquête principale a initialement été déployée auprès de deux populations : (1) les assurés accompagnés par la Pfidass à la période de l'enquête ; (2) un échantillon d'assurés sans organisme complémentaire (connu de l'assurance maladie obligatoire) non accompagnés par la Pfidass, ciblés par voie de requêtage dont 500 assurés représentatifs de la population sans complémentaire santé iséroise en termes de sexe, âge et territoire et 500 autres ciblés aléatoirement sur 3 territoires retenus à partir de différents critères urbain/rural/montagneux, densité médicale ambulatoire et hospitalière, importance du maillage des acteurs sociaux et médicaux.

Deux questionnaires ont par conséquent été élaborés : celui destiné aux assurés inclus dans l'étude par requêtage comportait un module supplémentaire relatif au renoncement aux soins. Il était en effet nécessaire de déterminer si les assurés étaient ou (ou avaient été au cours des douze mois précédant l'enquête) en situation de renoncement aux soins. Ce module avait aussi vocation à collecter des données sociodémographiques (âge, sexe, situation familiale, CSP), sur l'existence d'une maladie chronique et la situation des personnes par rapport au médecin traitant. Pour les assurés accompagnés par la Pfidass, le renoncement était en revanche avéré et les données précitées pouvaient être encodées directement par les conseillers en s'appuyant notamment sur OGEPLANIR sans questionner l'assuré.

Excepté cela, les autres modules étaient identiques dans les deux questionnaires ; ils portaient sur : (1) les conséquences du renoncement aux soins pour les personnes, sur les plans économiques (difficulté/impossibilité de payer le loyer, les factures, de rembourser un emprunt, d'assumer des dépenses supplémentaires...), familial et du lien social (s'occuper d'enfants, de parents, assumer des tâches domestiques ou quotidiennes, maintenir des relations amicales, participer à des activités sportives ou culturelles, continuer à vivre dans le même logement...), professionnel (débuter ou se maintenir dans l'emploi, suivre une formation professionnelle...) ; (2) l'aide demandée ou non par les personnes pour faire face à ces conséquences, le cas échéant sa nature, régularité et/ou fréquence ; (3) les acteurs sociaux sollicités ou l'aide proposée de manière pro-active par ceux-ci ; (4) la sollicitation ou non par les personnes de leurs proches et/ou d'organismes bancaires ; (5) les raisons du non-recours le cas échéant.

### **Une évolution du mode de passation des questionnaires**

Au-delà des temps de travail avec des agents évoqués précédemment, les professionnels de la CPAM en charge de l'étude et les chercheurs de l'Odenore ont échangé régulièrement, tout au long de la mise en œuvre des enquêtes. Cela a permis de réagir rapidement en cas de difficultés, par exemple concernant le mode de passation des questionnaires. Initialement, il avait en effet été décidé que la passation auprès des assurés des deux échantillons se ferait

par téléphone. Mais les difficultés rencontrées par les agents d'accueil en charge de la passation des questionnaires auprès des assurés inclus par requêtage a amené à changer le mode de passation pour cet échantillon. Du point de vue des agents, la passation téléphonique était compliquée par le fait (1) que les assurés n'avaient pas nécessairement reçu et/ou pris connaissance du courrier les informant de l'enquête ; (2) que de nombreux numéros de téléphone n'étaient plus en service ; (3) par la longueur du questionnaire.

La CPAM et l'Odenore se sont donc accordés sur une évolution des modalités de passation à l'accueil : non plus par téléphone mais en face à face et non plus auprès d'assurés repérés par requêtage mais auprès du tout-venant. Si cette décision n'a plus permis de garantir le caractère représentatif de l'échantillon, elle a cependant été essentielle pour poursuivre la collecte des données en tenant davantage compte des contraintes des agents et en leur permettant de passer le questionnaire au moment qui leur semblait le plus opportun. En général, la passation avait lieu à la fin de l'échange avec l'assuré. La longueur du questionnaire, son caractère intrusif selon certains agents, ont toutefois freiné son déploiement mais aussi amené une incomplétude des données, les agents se concentrant sur les questions principales et/ou sur celles avec lesquelles ils étaient suffisamment à l'aise. Il a en outre été décidé d'allonger la période de passation des questionnaires de manière à recueillir suffisamment de matériel. **Au final, 726 personnes ont été interrogées via l'enquête par questionnaires dont 545 par les agents d'accueil et 181 par les conseillers PFIDASS.**

### **Le déroulement et les aléas de l'enquête qualitative**

Lors de la passation des questionnaires à l'accueil et par les conseillers Pfidass, les enquêteurs demandaient aux personnes si elles acceptaient d'être recontactées par l'Odenore pour un entretien qualitatif. Partant des premières analyses descriptives des données collectées par questionnaire et des hypothèses faites pour l'enquête qualitative, les personnes ayant consenti à la réalisation d'un entretien ont été réparties en quatre groupes :

- ◇ G1 : Assurés identifiés à l'accueil, en renoncement aux soins, ayant déclaré des difficultés en lien avec cette situation et ayant demandé de l'aide.
- ◇ G2 : Assurés identifiés à l'accueil, en renoncement aux soins, ayant déclaré des difficultés en lien avec cette situation mais n'ayant pas demandé d'aide.
- ◇ G3 : Assurés accompagnés par la PFIDASS ayant déclaré des difficultés en lien avec un/des renoncements aux soins et ayant demandé de l'aide.
- ◇ G4 : Assurés accompagnés par la PFIDASS ayant déclaré des difficultés en lien avec un/des renoncements aux soins mais n'ayant pas demandé d'aide.

Les assurés présents dans ces groupes ont été recontactés par des professionnels de la CPAM qui leur ont proposé un rendez-vous téléphonique avec la chargée d'étude de l'Odenore pour réaliser l'entretien. Malgré les nombreuses relances, certains des répondants au questionnaire sont restés injoignables. Des numéros n'étaient en l'occurrence plus attribués. Il est important de rappeler que pour certains assurés - ceux ayant répondu à l'enquête par questionnaire au démarrage de celle-ci -, la prise de contact pour l'enquête qualitative a eu lieu après plusieurs mois. D'autres personnes ont accepté le rendez-vous mais n'ont pas répondu à l'appel téléphonique à l'heure convenue pour l'entretien. La chargée d'étude les a systématiquement rappelées au cours de la journée et, si besoin, durant les jours qui suivaient.

Les difficultés rencontrées dans la présente étude pour contacter/joindre effectivement les personnes sont relativement classiques d'une enquête qualitative par entretiens. Il est ainsi habituel de se fixer un objectif concernant le nombre d'entretiens et de ne pas atteindre celui-ci. Ici, l'objectif avait été fixé à 48 entretiens (12 par groupe). 27 ont *in fine* été réalisés par la chargée d'étude de l'Odenore.

<b>Entretiens qualitatifs réalisés</b>	
<b>G1 Assurés identifiés à l'accueil, en renoncement aux soins, ayant déclaré des difficultés en lien avec cette situation et ayant demandé de l'aide</b>	6
<b>G2 Assurés identifiés à l'accueil, en renoncement aux soins, ayant déclaré des difficultés en lien avec cette situation mais n'ayant pas demandé d'aide</b>	9
<b>G3 Assurés accompagnés par la PFIDASS ayant déclaré des difficultés en lien avec un/des renoncements aux soins et ayant demandé de l'aide.</b>	6
<b>G4 Assurés accompagnés par la PFIDASS ayant déclaré des difficultés en lien avec un/des renoncements aux soins mais n'ayant pas demandé d'aide</b>	6

Au-delà de la quantité, c'est bien la qualité du matériau collecté qui importe. Les 27 entretiens ont duré chacun entre 30 et 90 minutes et ont permis de recueillir des informations pertinentes, à la fois sur la nature des difficultés rencontrées par les personnes et sur leur positionnement par rapport à celles-ci. Plus globalement, ils ont permis de percevoir à nouveau la grande désorientation des personnes dans le système de protection sociale et de santé. Nous reviendrons sur ce point. Chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription synthétique ; toutes ont ensuite été encodées dans un tableau analytique thématique à double entrée pour permettre la mise en œuvre d'une analyse croisée. Une analyse spécifique de certains entretiens a par ailleurs été effectuée dans l'idée de mettre en exergue des « trajectoires » ou « itinéraires » types.

Le contenu des différents entretiens est cependant inégal. Parmi les personnes avec lesquelles le contact a pu être établi et l'entretien réalisé, l'objet de l'appel a parfois été source d'incompréhensions. En effet, malgré les explications apportées par les professionnels de la CPAM et la chargée d'étude avant le début de l'entretien, certains ont pu confondre la démarche d'enquête avec une proposition d'aide de la caisse. Cela peut sans doute être mis au compte du caractère inédit de cette démarche pour les assurés. Par ailleurs, le médium utilisé pour cette enquête, le téléphone, est notamment le même que celui employé par les conseillers Pfidass. Cela a peut-être contribué à entretenir une confusion qui a en l'occurrence été plus prégnante lorsque les difficultés rencontrées pour réaliser des soins dont les assurés avaient besoin, perduraient au moment de l'appel. Cette confusion a pu compliquer les échanges, induire des imprécisions dans les réponses des personnes, mais n'a jamais remis en cause leur participation à l'entretien.

Comme évoqué au début de cette introduction, l'enquête qualitative a cherché à interroger des personnes ayant déclaré dans le questionnaire renoncer à certains soins, rencontrer des difficultés en conséquence et avoir, ou non, entrepris des démarches face à ces difficultés.

Pour certaines des personnes ayant déclaré avoir entrepris des démarches, il a été difficile de leur faire retracer leur « parcours » de recherche d'aide et la chronologie de leurs démarches. Rappelons à nouveau que ces appels ont été réalisés quelques mois après leur réponse au questionnaire. Par ailleurs, le renoncement n'est souvent qu'un « problème parmi d'autres » pour nombreuses des personnes interrogées. Il peut également s'inscrire dans un temps long. Autant d'éléments qui ont pu constituer des difficultés pour se souvenir précisément des démarches entreprises, en expliquer l'élément déclencheur, et/ou pour « remettre dans l'ordre » différentes étapes d'un « parcours » ayant mené les personnes vers la CPAM et/ou la Pfidass.

Pour les personnes ayant déclaré n'avoir entamé aucune démarche pour parvenir à réaliser les soins dont elles ont besoin et/ou n'avoir cherché de l'aide auprès de personne pour pallier aux conséquences de cette situation, les entretiens ont pu mettre en lumière le fait que l'importance prise par l'impossibilité de se faire soigner est extrêmement variable d'un répondant à l'autre, là encore prise souvent dans un flot d'autres problématiques, et que la frontière entre renoncement et non-recours est parfois très ténue. Le besoin de soin n'est pas ressenti avec la même acuité par toutes les personnes concernées. La nécessité de réaliser les soins et, pour ce faire, de chercher à lever d'éventuels obstacles, ne s'impose pas à tous de la même manière. Il y a sans doute plusieurs raisons à cela. L'une d'entre elles peut être rapportée au fait que tous ne ressentent pas de gêne dans leur quotidien, ou que certains peuvent considérer une éventuelle gêne comme acceptable. Cela semble conduire certaines des personnes interrogées à « relativiser » leur besoin, au moins pendant un temps. De ce fait, tous ne sont pas en demande d'aide pour réaliser leurs soins. De plus, lorsque c'est le cas, tous ne le sont pas avec la même intensité.

Enfin, et comme cela a également été le cas lors de la passation des questionnaires, les personnes ont eu du mal à différencier l'aide demandée (ou non) pour faire face aux conséquences du renoncement aux soins, de celle demandée (ou non) pour réaliser les soins dont elles avaient/ont besoin afin de sortir de cette situation. En parallèle, les répondants ont très souvent indiqué subir des conséquences financières du renoncement aux soins mais celles-ci résultaient dans une partie des cas d'une projection : s'ils devaient réaliser les soins dont ils ont besoin dans les conditions de prise en charge habituelles, alors les conséquences financières seraient importantes pour eux.

L'enquête qualitative a permis de préciser, de compléter et de mieux comprendre certaines des réponses de l'enquête par questionnaire. Mais pour une partie des personnes interrogées, la frontière entre demander de l'aide pour se soigner et demander de l'aide pour compenser/dépasser certaines des difficultés liées à l'absence de soins est restée floue. Il est important de dire que l'imbrication du renoncement aux soins, et des demandes d'aides afférentes, dans d'autres problématiques rencontrées par les personnes et dans d'autres demandes d'aides, a joué aussi. La complexité des situations individuelles, couplée à la complexité du système de protection sociale et de santé, a rendu extrêmement difficile la déconstruction *a posteriori* des demandes d'aides ou des non-demandes et l'explication des passages entre recours et non-recours. Ceci est d'ailleurs un résultat en soi. Cette déconstruction n'est en tout cas pas impossible mais elle nécessite d'avoir une stratégie d'analyse spécifique, probablement collaborative, c'est-à-dire associant des usagers et des services prestataires.

### **Les choix faits pour l'analyse**

Le traitement quantitatif des réponses aux questionnaires est servi par la richesse de l'échantillon général constitué. Il permet une comparaison entre un groupe d'assurés suivis par la PFIDASS (MAS) au moment de l'enquête et un autre groupe qui ne l'est pas (personnes rencontrées à l'accueil de la CPAM), mais aussi au sein de ce second groupe entre les personnes qui rencontrent des difficultés socioéconomiques suite au renoncement/report de soins, ou qui n'en rencontrent pas, ou même pour d'autres ne déclarent pas avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 12 derniers mois. Surtout, la taille de l'échantillon général a permis au niveau des personnes qui ont renoncé ou reporté des soins et qui indiquent des difficultés en conséquence, d'identifier les variables qui ont le plus d'impact dans le recours ou à l'inverse le non-recours à des aides. Ce travail par régression logistique (Annexe 1.) conduit à confirmer certains résultats des analyses statistiques de base (par croisement de données) et à en nuancer d'autres. L'analyse thématique croisée du corpus qualitatif a permis de donner du sens à certains résultats quantitatifs, de les compléter, de prolonger aussi des

constats insuffisamment documentés dans l'enquête par questionnaire, mais également d'éclairer des résultats de l'analyse quantitative qui étaient parfois ambiguës.

# I. Des difficultés dans le quotidien en lien avec le renoncement ou le report de soins

## 1.1 La nature des renoncements ou des reports cités par les personnes

726 personnes ont répondu à l'enquête par questionnaire. Parmi elles, 422 ont été concernées par le renoncement ou le report d'un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois. Beaucoup sont encore concernées par la situation au moment de l'enquête, exceptée une partie des personnes accompagnées par la Pfidass. Il n'est cependant pas possible de mesurer un taux de renoncement aux soins pour cette enquête : en premier lieu, parce que les 181 personnes suivies par la Pfidass interrogées ont de facto renoncé ou reporté des soins (100 %). En second lieu, car les professionnels de la CPAM, au moment de la passation des questionnaires à l'accueil, ont progressivement concentré l'attention sur les personnes qui déclaraient renoncer ou reporter des soins. Les questionnaires relatifs aux « non-renonçants » n'ont ainsi été « encodés » dans le logiciel de traitement des données qu'au début de l'enquête. Ils ne l'ont plus été ensuite. Il n'est par conséquent pas envisageable de mesurer un taux de renoncement aux soins pour les personnes questionnées à l'accueil. **On peut toutefois dire qu'au cours de la période de passation des questionnaires (environ 5 mois), les agents d'accueil ont identifié, au travers de cette enquête, 241 personnes en renoncement ou report de soins. Cela indique l'importance de l'accueil de la caisse primaire dans le repérage de ces situations.**

**Tableau 1 : Echantillon général (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total
<b>Total de personnes rencontrées</b>	545 (100 %)	75 %	181 (100 %)	25 %	726 (100 %)
<b><u>Dont</u> personnes déclarant avoir renoncé ou reporté des soins</b>	241 (44 %)	57 %	181 (100 %)	43 %	422 (58 %)
<b><u>Dont</u> personnes ne déclarant aucun renoncement ou report de soins</b>	304 (56 %)	100 %	0	-	304 (42 %)

### 1.1.1 Des absences de soins souvent cumulatives et qui ont tendance à s'inscrire dans la durée

Ces 241 personnes signalent 327 renoncements ou reports de soins, soit 1,4 par personne (Tableau 11 10). On retrouve la dimension cumulative du phénomène repérée dans les

**enquêtes du BRS** dans laquelle la plupart des renonçants déclarent également plusieurs renoncements ou reports.

L'enquête du BRS approchait aussi la durée de l'absence des soins. Si la présente enquête par questionnaire ne le permet pas, il est cependant possible de donner des indications concernant la durée de la non-réalisation des soins en mobilisant le corpus qualitatif. Il permet en parallèle de saisir si les personnes gardent une intention de se soigner. **Ainsi, pour 9 des 27 personnes interviewées, l'absence de soins dure depuis moins de deux ans.** L'intention de réaliser le ou les soin(s) non-réalisés jusque-là est toujours présente. **Pour 18 personnes, l'absence de soins s'inscrit en revanche dans la durée. Elles expliquent que cela fait plusieurs années qu'elles sont dans cette situation.** La plupart ont toujours l'intention de se soigner mais beaucoup semblent penser qu'elles ne « réussiront » pas à le faire.

### 1.1.2 Les soins non-réalisés sont plus souvent dentaires, visuels et/ou spécialisés

Dans la présente enquête par questionnaire, près de la moitié des réponses concernent des soins dentaires prothétiques ou conservateurs (44 % des réponses). L'ophtalmologie et l'optique - que nous nommerons « soins visuels » - viennent ensuite (25 %), puis les consultations de spécialistes (9 %) (hors gynécologie et ophtalmologie) et de généralistes (2,5 %), à même niveau que l'appareillage auditif (2,5%)<sup>2</sup>. Cette distribution est très proche de celle obtenue au niveau national et local par le BRS<sup>3</sup>.

**Tableau 2 : La nature des soins manquants (nombre de réponses)**

	Nbre de réponses	%
Consultation chez un généraliste	8	2,5%
Consultation chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie)	31	9%
Consultation chez un gynécologue	7	2%
Consultation chez un ophtalmologiste	15	5%

<sup>2</sup> Au regard de l'échantillon constitué pour cette étude, il est possible que le renoncement ou le report à certains soins soit plus important que ce qui apparaît. Dans d'autres enquêtes, il apparaît par exemple qu'une femme sur trois n'a pas consulté un gynécologue depuis trois ans ou plus<sup>2</sup> ; dans le BRS, environ une femme sur cinq en parle. Ici cette absence est signalée ici par un peu moins d'une femme sur dix.

<sup>3</sup> Il est important de noter que, dans le BRS, les statisticiens ont fait le choix de calculer les taux de renoncement sur le nombre de répondants, non pas de réponses. En outre, un traitement complémentaire des réponses « autres » a été réalisé pour le BRS, ce qui a eu pour effet d'accroître le taux de renoncement à des consultations spécialisées et à des actes de type analyses ou examens médicaux



Achat de lunettes ou autre matériel optique	55	20%
Achat d'appareillage auditif	9	2,5%
Achat de médicaments	5	1%
Analyses biologiques ou examens médicaux	6	1%
Acte chirurgical	6	1%
Soins dentaires prothétiques	102	31%
Soins dentaires conservateurs	44	13%
Autres	39	12%
<b>Total des réponses pour 241 répondants</b>	<b>327</b>	<b>100%</b>

L'enquête qualitative confirme en outre cette distribution. En effet, dans 23 des 27 entretiens réalisés, les reports ou renoncements concernent des soins dentaires, auxquels s'ajoutent dans une partie des cas la non-réalisation d'autres soins (visuels et/ou spécialisés). Les personnes en parlent cependant moins au cours de l'échange car pour elles c'est bien la question des soins dentaires qui est principale, mettant au second plan celle des autres types de soins auxquels les personnes n'accèdent pas. Dans les 4 autres entretiens, il n'est pas question de soins dentaires ; l'absence de soins porte sur des soins visuels, spécialisés, orthopédiques et/ou en psychomotricité.

### **1.1.3 Des reports ou renoncements liés en particulier à des considérations financières mais aussi à des expériences de soins difficiles**

L'enquête par questionnaire ne portait pas sur les raisons des reports ou du renoncement aux soins. Le sujet a en revanche été longuement abordé lors des entretiens. **Toutes les personnes interrogées à l'occasion de l'enquête qualitative déclarent que leur(s) report(s) et/ou renoncement(s) aux soins sont, en premier lieu, liés à des questions financières.** A l'instar de ce qu'a montré le BRS, assumer les restes à charge des soins dont les personnes ont besoin est difficile, au regard de la faiblesse de leurs restes pour vivre notamment. **On peut ajouter que les personnes en situation d'emploi sont minoritaires dans l'enquête qualitative. La plupart sont sans emploi, à la retraite, en invalidité ou perçoit l'Allocation adulte handicapé (AAH).** Cette femme, entre 40 et 59 ans, veuve, en invalidité, qui renonce à des soins dentaires depuis plusieurs années, évoque l'impact de ses difficultés financières sur les soins dont elle a besoin :

« 4 ans que j'essaie de me soigner mes dents et que j'y arrivais pas. Parce que j'ai une petite pension et... de fait, quand j'ai tout payé, il me reste rien pour vivre. Et le problème c'est que j'ai même pas les moyens, j'ai pas les moyens de... de prendre une mutuelle non plus. D'ailleurs, j'ai toujours pas de mutuelle. » (Ent 7 gr 4).

Comme elle l'explique et **ainsi que le BRS (et de nombreux autres travaux) l'ont montré, l'absence de complémentaire peut être un facteur de report ou de renoncement. 4 personnes en ont parlé lors des entretiens. Pour plusieurs autres et notamment les plus âgées, la question n'est pas l'absence de mutuelle mais le fait de disposer d'un contrat avec de faibles garanties.** C'est le cas de cette femme de plus de 60 ans, divorcée : « j'ai pas de mutuelle complète, j'ai que « hospitalisation mutuelle ». J'ai pas les moyens pour prendre autre chose alors j'ai pris que hospitalisation. ».

**Comme indiqué ci-dessus, 23 entretiens ont été réalisés avec des personnes renonçant à des soins dentaires. Parmi elles, 12 ont dit avoir déjà eu de « mauvaises » expériences avec des dentistes ; les personnes qualifient ainsi des situations où le professionnel a explicitement indiqué qu'il ne ferait que « le strict » minimum et/ou qu'il ne pouvait pas utiliser certains traitements/produits/matériels et/ou les personnes ont eu le sentiment que les soins réalisés n'étaient pas de qualité.** 5 personnes parmi les 12 précitées indiquent en outre disposer d'un appareil dentaire mais ne pas le mettre du fait des douleurs et/ou autres désagréments qu'il induit. Pour la majorité de ces 12 personnes, ces expériences et problématiques contribuent, de manière plus ou moins forte, à ce qu'elles reportent désormais les soins dentaires dont elles ont besoin. 2 d'entre elles ont en l'occurrence définitivement renoncé à faire soigner leurs dents en France et sont parties à l'étranger pour bénéficier de ce type de soins.

On peut ajouter que parmi ces 12 personnes, la moitié est bénéficiaire de la CMU C ou de l'ACS. Pour toutes, les mauvaises expériences vécues avec des dentistes et/ou la moindre qualité des soins reçue sont liées à cela. Cet homme habitant dans le Grésivaudan, sans emploi et qui a longtemps travaillé comme agent de sécurité, raconte : « Dès qu'on parle de CMU... Voilà, quoi... Le dentiste m'a dit qu'il allait faire vraiment juste ce qu'il y a besoin. Par exemple, pas les dents de côté parce que sinon il dit que c'est de ma poche ; et il dit tout ce qui se voit pas, il fait pas avec la CMU (...). Avant j'avais une autre mutuelle et j'avais jamais vu ça. » (ent 2 gr 2). 3 des bénéficiaires de la CMU C expliquent avoir également déjà été l'objet de refus de soins de la part d'autres spécialistes (ophtalmologie et gynécologie). 5 personnes sur les 6 ayant la CMU C mentionnent *a minima* une gêne, voire de la honte, lorsqu'elles se rendent chez un professionnel de la santé : « Voilà, je suis maintenant sans emploi, j'ai la CMU et tout de suite, on est catalogués. Quand je vois pour la première fois un spécialiste, bon ben y a toujours entre guillemets... c'est peut-être pas le bon mot mais, je me sens gêné quoi. » (Homme, 40-59 ans, sans emploi). Cela amène certaines à ne se tourner désormais vers les professionnels de santé qu'en cas de besoin impérieux.

Trois des personnes avec lesquelles un entretien a été mené évoquent aussi l'aspect temporel de leurs reports et renoncements aux soins (actuels ou passés), en lien en particulier avec le caractère imprévisible de leurs horaires de travail. C'est le cas de l'homme précité qui souligne que quand il travaillait, « on pouvait pas savoir comment on travaillait le lundi, on nous disait le vendredi donc les rendez-vous, ben le peu que j'ai osé prendre euh... j'ai dû à chaque fois les annuler quoi. » (Ent 6 gr 3 : Homme, 40-59 ans, sans emploi).

## 1.2 Le profil des personnes rencontrant des difficultés

### 1.2.1 Deux "renonçants" sur trois déclarent des difficultés

Dans la population des 422 personnes ayant renoncé ou reporté un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois, 271 ont indiqué que cela avait entraîné des difficultés dans leur vie quotidienne, soit 64 % (Tableau 2). C'est le cas pour 66% des « renonçants » non suivis par la Pfidass au moment de l'enquête (les assurés rencontrés à l'accueil de la Caisse primaire, n = 545) et pour 61% des personnes suivies par la Pfidass (n = 181). **Autrement dit, deux personnes sur trois qui renoncent ou reportent des soins, subiraient des difficultés en conséquence dans leur vie quotidienne, sociale et/ou professionnelle.**

Alors que le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) mis en œuvre par l'Assurance maladie indique un taux moyen de renoncement de 25 % à l'échelle nationale et de 31% à l'échelle de l'Isère, ces difficultés seraient loin de constituer un phénomène négligeable. **Si l'on tient compte de ce taux de 64 % de « renonçants » déclarant des difficultés liées à cette situation, cela signifierait que les renoncements ou reports de soins entraineraient des difficultés socioéconomiques pour environ une personne sur cinq en Isère.**

Ces « renonçants » déclarant des difficultés, et étant suivis ou non par la Pfidass, constituent ce que nous appellerons la « population cible » de l'étude. **Ce taux de 64% est central ; il est cependant à prendre avec précaution puisqu'il suppose que les enquêtés aient tous bien compris qu'ils étaient interrogés sur les difficultés d'ordre socioéconomique qui découlent directement ou principalement des situations de renoncement ou de report de soins qu'ils vivent ou ont pu vivre.** Ce questionnement est complexe et a pu induire en erreur des personnes. Même si les agents d'accueil et ceux de la Pfidass ont été prudents lors de la passation des questionnaires et ont souvent reformulé les questions pour limiter les ambiguïtés - qui pouvaient en outre eux-mêmes les gêner -, les entretiens réalisés à la suite montrent que les enquêtés peuvent avoir été imprécis ou incertains lors de l'enquête quantitative. Nous reviendrons sur ce point.

**Tableau 3 : Population cible (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
<b>Personnes déclarant avoir renoncé ou reporté des soins</b>	241 (100 %)	100 %	181 (100 %)	100 %	422 (100 %)
<b><u>Dont</u> personnes déclarant rencontrer des difficultés en conséquence</b>	<b>160</b> <b>(66 %)</b>	<b>59 %</b>	<b>111</b> <b>(61 %)</b>	<b>41 %</b>	<b>271</b> <b>(64 %)</b>
<b><u>Dont</u> personnes déclarant ne pas rencontrer de difficultés en conséquence</b>	81 (34 %)	54 %	70 (39 %)	46 %	151 (36 %)

### 1.2.2 Des éléments de profil de la population qui déclarent des difficultés

La population cible (les personnes déclarant rencontrer des difficultés socioéconomiques qui seraient liées au renoncement ou au report de soins : n = 271 ; voir Tableau 2) peut être comparée à l'ensemble des personnes qui n'ont pas renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois (n = 304 ; voir Tableau 1) ou, si c'est le cas, qui déclarent ne pas rencontrer de difficultés en conséquence (n = 151 ; voir Tableau 2). **Entre la population cible et ces deux groupes, des différences apparaissent selon les variables socio-bio-démographiques qui ont été renseignées dans l'enquête.**

#### Plus souvent des femmes, de plus de 40 ans

Concernant le genre, on observe une nette différence : 66 % de la population cible sont des femmes, contre 53 % dans le groupe des personnes qui déclarent renoncer mais sans rencontrer de difficultés, et 38 % dans celui des personnes qui déclarent ne pas avoir renoncé à des soins. La part des femmes dans la population cible (66%) est nettement sur-représentée puisque à peine 50% de l'ensemble des assurés affiliés à la CPAM de l'Isère sont des femmes (données de juillet 2020). Elles sont inversement sous-représentées (38%) dans le groupe des personnes qui déclarent ne pas avoir renoncé à des soins.

**Tableau 3.1 : Genre des répondants de la population cible (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<b>Féminin</b>	108	68 %	70	63 %	178	66%
<b>Masculin</b>	52	33 %	40	37 %	92	34%
<b>Total</b>	160	100 %	111	100 %	271	100 %

**Tableau 3.2 : Genre des répondants des autres groupes (nombre de répondants)**

	Non-renonçants		Renonçants sans difficultés		Total	
<b>Féminin</b>	114	38 %	80	53 %	194	43 %
<b>Masculin</b>	190	63 %	71	47 %	261	57 %
<b>Total</b>	304	100 %	111	100 %	455	100 %

Le constat est similaire pour l'âge (Tableaux 4.1 et 4.2). **La population cible a très majoritairement plus de 40 ans (à 86 %)**, comme le groupe des personnes qui renoncent sans pour autant rencontrer des difficultés ensuite (à 75 %), tandis qu'à l'inverse les personnes qui déclarent ne pas renoncer ou reporter des soins ont majoritairement moins de 40 ans (à 59 %).

**Tableau 4.1 : Age des répondants de la population cible (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>18 – 24 ans</b>	6	4 %	2	2 %	8	3 %
<b>25 – 39 ans</b>	22	14 %	7	6 %	29	11 %
<b>40 – 59 ans</b>	75	47 %	59	53 %	134	49 %
<b>&gt; 60 ans</b>	57	36 %	43	39 %	100	37 %
<b>Total</b>	160	100 %	111	100 %	271	100 %

**Tableau 4.2 : Age des répondants des autres groupes (nombre de répondants)**

	Non-renonçants		Renonçants sans difficultés		Total	
<b>18 – 24 ans</b>	84	28 %	10	7 %	94	21 %
<b>25 – 39 ans</b>	94	31 %	27	18 %	121	27 %
<b>40 – 59 ans</b>	78	26 %	71	47 %	149	33 %
<b>&gt; 60 ans</b>	48	16 %	43	28 %	91	20 %
<b>Total</b>	304	100 %	111	100 %	455	100 %

Comparativement à l'ensemble des assurés affiliés à la CPAM de l'Isère (données juillet 2020), la part des personnes rencontrant des difficultés liées au renoncement à des soins est sensiblement plus forte parmi les 40-59 ans (49% du total des personnes suivies ou non par la PFIDASS, contre 34% dans l'ensemble des assurés) et parmi les 60 ans et plus (37% contre 28%). En revanche elle est plus faible parmi les 25-39 ans (11% contre 26% dans l'ensemble des assurés) et surtout, proportionnellement, parmi les plus jeunes, 18-24 ans (3% contre 12%).

### Plus souvent des personnes sans emploi quand elles sont en âge d'être active ou à la retraite

Une différence notable apparaît selon les catégories socio-professionnelles des enquêtés (Tableau 5). Les personnes sans emploi et les retraités représentent 73 % de la population cible, contre 61 % des enquêtés qui déclarent renoncer mais ne pas subir ce type de conséquences, et 42 % des personnes qui n'ont pas renoncé ou reporté des soins.

**Tableau 5 : Catégories Socioprofessionnelles (nombre de répondants)**

	Population cible						Renonçants sans difficultés		Non-renonçants	
	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total					
<b>Cadres prof. intel. sup.</b>	2	1%	1	1%	3	1%	5	3%	15	5%
<b>Employés</b>	37	2 %	21	19%	58	21%	39	26%	107	35%
<b>Ouvriers</b>	5	3%	0	0%	5	2%	8	5%	27	9%
<b>Prof. intermédiaires</b>	4	3%	2	2%	6	3%	7	5%	20	7%
<b>Retraités</b>	42	26%	34	31%	76	28%	34	23%	36	12%
<b>Sans emploi</b>	70	44%	53	48%	123	45%	57	38%	91	30%
<b>Artisans, commerçants, chefs d'entreprises</b>	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	8	3%
<b>Total</b>	160	100%	111	100%	271	100%	151	100%	304	100%

En revanche, les situations familiales ne différencient pas la population cible, des deux autres groupes (Tableau 6). La répartition des enquêtés selon leur situation familiale est à chaque fois très proche, avec environ 50 % des personnes qui vivent seules.

**Tableau 6 : Situations familiales (nombre de répondants)**

	Population cible						Renonçants sans difficultés		Non-renonçants		Total	
	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total							
<b>En couple</b>	40	25%	14	13%	54	20%	25	17%	71	23%	150	21%
<b>En couple avec enfant(s) à charge</b>	31	19%	15	14%	46	17%	26	17%	71	23%	143	20%
<b>Seul(e)</b>	71	44%	66	60%	137	51%	79	52%	147	49%	363	51%
<b>Seul(e) avec enfant(s) à charge</b>	18	12%	16	13%	34	13%	21	14%	15	5%	70	10%
<b>Total</b>	160	100%	111	100%	271	100%	151	100%	304	100%	726	100%

**Plus souvent des personnes ayant une pathologie chronique**

Une différence principale concerne la présence d'une pathologie chronique (Tableaux 7.1 et 7.2). En effet, 62 % des personnes de la population cible ont une pathologie chronique, alors que c'est le cas pour 44 % des personnes qui déclarent renoncer mais ne pas subir ce type de conséquences, et pour 15 % des personnes déclarant ne pas avoir renoncé ou reporté des soins.

**Tableau 7.1 : Population cible et pathologie chronique (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Non</b>	67	42%	35	32%	102	38%
<b>Oui</b>	93	58%	76	68%	169	62%
<b>Total</b>	160	100%	111	100%	271	100%

**Tableau 7.2 : Autres groupes et pathologie chronique (nombre de répondants)**

	Non-renonçants		Renonçants sans difficultés		Total	
<b>Non</b>	258	85%	85	56%	343	75%
<b>Oui</b>	46	15%	66	44%	112	25%
<b>Total</b>	304	100%	151	100%	455	100%

En revanche, les résultats entre la population cible et les deux groupes sont proches en ce qui concerne la présence d'un médecin traitant (Tableaux 8.1 et 8.2). Néanmoins, les personnes de la population cible sont un peu plus nombreuses à avoir un médecin traitant (97 %), que celles qui ne déclarent pas de difficultés (91 %) et surtout celles qui disent ne pas renoncer ou reporter des soins (83 %).

**Tableau 8.1 : Renonçants rencontrant des difficultés, avec ou sans médecin traitant (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Non</b>	8	5 %	1	1 %	9	3 %
<b>Oui</b>	152	95 %	110	99 %	262	97 %
<b>Total</b>	160	100 %	111	100 %	271	100 %

**Tableau 8.2 : Non-renonçants et renonçants ne rencontrant pas de difficultés, avec ou sans médecin traitant (nombre de répondants)**

	Non-renonçants		Renonçants sans difficultés		Total	
<b>Non</b>	51	17 %	13	9 %	64	14 %
<b>Oui</b>	253	83 %	138	91 %	391	86 %
<b>Total</b>	304	100 %	151	100 %	455	100 %



**Ce constat (non significatif d'un point de vue statistique) peut inciter à s'interroger sur la capacité des médecins à percevoir les situations sociales de leurs patients<sup>4</sup> et aux outils dont ils disposent éventuellement pour ce faire.** Il questionne aussi, plus globalement, les pratiques des médecins généralistes quant à la prise en compte des situations sociales dans les *stratégies individuelles* de soins et leur positionnement dans des *stratégies collectives* de lutte contre les inégalités sociales de santé, pouvant notamment les amener à jouer un rôle de relai vers d'autres professionnels, par exemple sociaux, plus à même d'apporter des réponses aux personnes sur des aspects de leur situation autres que médicaux. Ces discussions avaient été au cœur du colloque organisé en juin 2019 par l'Odenore et l'Assurance maladie sur l'accès et le renoncement aux soins<sup>5</sup>.

Au vu des éléments mentionnés jusque là, nous pouvons dire que **les personnes qui rencontrent des difficultés socioéconomiques potentiellement liées au renoncement ou au report de soins (population cible) constituent, comparativement à celles qui ne vivent pas ces difficultés et surtout à celles qui ne renoncent pas à des soins, une population plutôt féminine, âgée de plus de 40 ans<sup>6</sup>, plus souvent à la retraite ou plus souvent sans emploi quand elle est toujours active, et vivant nettement plus fréquemment avec des problèmes de santé chroniques.**

La régression effectuée sur ce point prend donc comme individu de référence une femme, âgée de 40-59 ans, sans emploi, souffrant d'une pathologie chronique. Elle a une probabilité de 64% d'avoir rencontré des difficultés suite à un renoncement aux soins (et donc une probabilité de 36 % d'avoir renoncé à des soins sans que ce renoncement n'ait engendré de difficultés).

« Toute chose égale par ailleurs », le fait d'être un homme diminue la probabilité de rencontrer des difficultés de 10 points, celui d'exercer une profession indépendante, de cadres ou de profession intermédiaire de 14 points. Ces impacts sont faiblement significatifs.

**L'effet le plus important est celui de la pathologie chronique.**

---

<sup>4</sup> Caroline de Pauw, *Les Médecins généralistes face au défi de la précarité*, Rennes, Presses de la EHESP, collection « Recherche, Santé, Social », 2017.

<sup>5</sup> Voir p. 26 à 28 des actes : <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/colloque-renoncement-acces-aux-soins-actes-synthetiques.pdf>

<sup>6</sup> On peut cependant noter que la régression logistique indique que l'âge n'a pas d'impact significatif sur la probabilité de rencontrer ou non des difficultés suite à un renoncement aux soins.

## 1.3 Le type de difficultés rencontrées par les personnes

### 1.3.1 Des difficultés domestiques, financières, sociales et/ou professionnelles

Dans la population cible, chaque personne rencontre en moyenne environ 2 difficultés liées au renoncement ou au report de soins. Sur ce point, il n'y a pas de différence notable selon que les personnes sont suivies ou pas par la Pfidass (Tableau 9). Au total et sachant que les enquêtés peuvent en rencontrer plusieurs, **les difficultés domestiques** - assurer des tâches courantes, réaliser certaines activités au sein du foyer, s'occuper des enfants et/ou d'autres proches - **et de déplacement représentent 24 % de l'ensemble des réponses ; les difficultés d'ordre financier** - paiement du loyer et des factures d'énergie, capacité à faire face à des dépenses supplémentaires - **constituent 22 % des réponses ; les difficultés impactant les relations sociales 20 % et enfin les difficultés d'ordre professionnel 15 %.**

**Tableau 9 : Les difficultés socioéconomiques liées au renoncement (nombre de réponses)**

Réponses des renonçants :	Non suivis par la PFIDASS	Suivis par la PFIDASS	Total
Payer le loyer, des factures d'eau/gaz/électricité	15% (43)	6% (12)	11% (55)
Rembourser un emprunt	3% (9)	0% (1)	2% (10)
Faire face à des dépenses supplémentaires	10% (28)	6% (12)	8% (40)
Aider financièrement un proche	1% (3)	0% (1)	1% (4)
Déplacements professionnels, familiaux, domestiques...	5% (14)	8% (17)	6% (31)
S'occuper de parents, d'enfants...	2% (6)	1% (3)	2% (9)
Assurer les tâches domestiques ou réaliser des activités quotidiennes	11% (30)	17% (37)	13% (67)
Continuer à vivre dans le même logement	5% (13)	0% (1)	3% (14)
Commencer ou poursuivre une formation	0% (1)	1% (4)	1% (5)
Débuter un emploi ou vous maintenir dans un emploi	11% (31)	17% (37)	14% (68)
Maintenir des relations amicales	10% (24)	20% (45)	14% (69)
Participer à des activités sportives, culturelles...	5% (16)	7% (16)	6% (32)
Autre	20% (56)	16% (33)	17% (89)
NSP	2% (7)	1% (3)	2% (10)
<b>Nombre de réponses</b>	<b>281</b>	<b>222</b>	<b>503</b>
<b>Nombre de renonçants</b>	<b>241</b>	<b>181</b>	<b>422</b>
<u>Dont</u> Oui, des difficultés	160	111	271
Nbre moyen de difficultés par répondants Oui)	1,8	2	1,9

Des différences assez importantes apparaissent cependant selon que les personnes sont suivies par la Pfidass (n = 111) ou pas (n = 160). **En particulier, les difficultés d'ordre financier apparaissent nettement plus fréquemment comme une conséquence des renoncements ou reports de soins parmi les personnes qui ne sont pas suivies par la Pfidass (29 % des réponses, contre 12 % des réponses chez les personnes suivies par la Pfidass).** Cela peut être dû au fait qu'une partie des personnes suivies par la Pfidass n'évoquent pas le cas échéant des difficultés rencontrées avant. Celles-ci seraient en quelque sorte « oubliées » au moment de l'enquête, possiblement parce qu'elles auraient été « solutionnées » ou seraient en cours de résolution du fait de l'accompagnement Pfidass.

**En revanche les personnes suivies par la Pfidass indiquent plus souvent des difficultés d'ordre social ou relationnel** - maintenir des relations amicales, participer à des activités - (27% des réponses) que celles qui ne le sont pas (15 %). **Elles déclarent également davantage de difficultés d'ordre professionnel** - débiter un emploi ou se maintenir en emploi - (17% des réponses des personnes suivies par la Pfidass versus 11% des réponses des personnes non suivies).

Le recoupement de ces résultats pourrait conduire à considérer que la Pfidass atténue les difficultés financières qui seraient liées au renoncement ou au report de soins (qu'elles en soient la conséquence et/ou la cause) et qu'elle n'aurait en revanche pas le même impact sur la sociabilité et/ou l'employabilité des personnes que le manque de soins pourrait venir dégrader. Cette observation, si elle était confirmée, pourrait indiquer l'intérêt d'articuler encore davantage un dispositif d'accompagnement comme la Pfidass avec des dispositifs d'accueil sur les territoires, facilitant l'inclusion sociale et/ou l'insertion professionnelle. De ce point de vue, les conventions de partenariat mises en œuvre à l'échelle régionale entre la Caisse nationale d'Assurance vieillesse (CNAV) et les fédérations de centres sociaux font partie des éléments qui pourraient être examinés<sup>7</sup> vu le profil d'une partie de la population cible. Les articulations internes à l'Assurance maladie entre la Pfidass et le Service social qui intervient notamment sur les questions de désinsertion professionnelle ont aussi, en ce sens, tout leur intérêt.

Mais on peut aussi imaginer que l'impact de l'accompagnement PFIDASS sur les relations sociales et/ou l'insertion professionnelle intervient de manière différée, le temps par exemple que les soins soient totalement réalisés (notamment dans le cas de soins dentaires pouvant se dérouler sur plusieurs semaines, voire mois). Analyser les effets des accompagnements Pfidass,

---

<sup>7</sup> Mickaël Blanchet, « Les Centres sociaux à l'épreuve de l'action gérontologique : le cas de l'Île-de-France », *Retraite et Société*, 2021, n° 84, à paraître.

à différents temps, après la fin de l'accompagnement est certainement nécessaire pour percevoir ces potentiels effets différés.

Enfin, il est possible que la « levée » ou l'action sur les conséquences financières du renoncement ou des reports de soins du fait de l'accompagnement, mais également la nature de la relation établie entre les conseillers Pfidass et les personnes accompagnées, permettent à d'autres types de conséquences de « remonter à la surface » et de s'exprimer. Cette hypothèse est intéressante là encore dans le cadre d'une réflexion sur les partenariats existants ou qui pourraient se nouer avec d'autres acteurs dans la continuité de l'accompagnement PFIDASS. Si celui-ci permet la mise en lumière et/ou l'expression de besoins auparavant non formulés par les personnes, il donne par là même une possibilité d'action à différents professionnels du monde sanitaire et social.

### 1.3.2 Une légère variation du type de difficultés selon la nature des soins manquants

Lors de l'analyse des données de la présente enquête par questionnaire, **un focus a été fait sur la nature des difficultés rencontrées par les personnes qui ont renoncé ou reporté des soins dentaires ou visuels (consultations d'ophtalmologie et achat de matériel optique). Il apparaît dans ce cas que les personnes se heurtent plus fortement à des difficultés d'ordre financier, que ce soit pour payer des charges fixes, rembourser des prêts ou pour faire face à des dépenses supplémentaires (Tableau 10).** Cela ne signifie pas une relation de cause à effet. Elle n'apparaît d'ailleurs pas dans la régression logistique.

**Tableau 10: Difficultés liées au renoncement à des soins dentaires ou visuels (nombre de réponses)**

	Renoncement à des soins dentaires	Renoncement à des soins visuels	Ensemble des renoncements
Pour payer le loyer, des factures d'eau/gaz/électricité	16% (33)	16% (18)	16% (51)
Pour rembourser un emprunt	4% (8)	4% (5)	4% (13)
Pour faire face à des dépenses supplémentaires	1 % (24)	9% (11)	11% (35)
Pour aider financièrement un proche	0% (1)	0% (0)	0% (1)
Pour vos déplacements professionnels, familiaux, domestiques...	3% (6)	4% (5)	3% (11)
Pour s'occuper de parents, d'enfants...	2% (4)	2% (2)	2% (6)
Pour assurer les tâches domestiques ou réaliser des activités quotidiennes	7% (15)	12% (14)	10% (29)
Pour continuer à vivre dans le même logement	8% (8)	7% (8)	4% (16)
Pour commencer ou poursuivre une formation	0% (1)	0% (1)	1% (2)
Pour débiter un emploi ou vous maintenir dans un emploi	11% (23)	12% (14)	11% (37)

Pour maintenir des relations amicales	11% (22)	8% (10)	10% (32)
Pour participer à des activités sportives, culturelles...	6% (12)	6% (7)	6% (19)
Autre	22% (45)	17% (20)	20% (65)
NSP	2% (5)	3% (3)	2% (8)
<b>Nombre de réponses</b>	<b>207</b>	<b>118</b>	<b>327</b>

Le renoncement à ces soins n'empêche pas de payer son loyer ou de rembourser un crédit... En revanche, cela indique que les personnes qui renoncent ou reportent ces soins souvent onéreux et avec des restes à charge élevés pourraient rencontrer davantage de difficultés financières dans leur vie quotidienne. Les entretiens confirment cela et montrent que ces difficultés sont citées par les personnes comme la cause principale de leurs renoncements ou reports de soin. Nous l'avons vu un peu plus tôt.

Mais quelques entretiens signalent en parallèle que le renoncement ou le report de soins dentaires peut en effet attiser ou activer des problématiques financières : c'est en particulier le cas lorsque l'absence des soins gêne le retour à l'emploi qui pourrait procurer des ressources.

Les entretiens permettent en outre de comprendre que les conséquences financières dont ont parlé les personnes dans l'enquête par questionnaire sont également celles que la réalisation de soins dentaires et/ou visuels pourrait induire, ainsi que celles liées au fait d'épargner pour tenter de solvabiliser les soins. Madame X, retraitée de plus de 60 ans, atteinte d'un cancer du sein explique : « J'essaie d'économiser pour faire mes dents... Et pour assumer après quand j'aurai payer. J'évite de mettre le chauffage, je fais attention à l'eau, je fais attention au courant, je fais attention... Je regarde même pas la télé parce que je veux pas dépenser du courant. » (Ent 4 gr 1).

**Lors de la préparation de l'étude, des relations de causalité avaient été supposées par le Comité de pilotage entre le report ou le renoncement à des soins dentaires ou visuels, et certaines difficultés, en particulier celles dans le quotidien des personnes. L'analyse des données quantitatives ne permet pas de conclure sur ce point ;** elle indique tout au plus un taux un peu plus élevé de réponses indiquant des difficultés pour assurer des tâches domestiques ou pour réaliser des activités quotidiennes quand les personnes renoncent ou reportent des soins visuels (12 % des réponses contre 7 % pour l'ensemble des renonçants).

**Le corpus qualitatif apporte cependant des éclairages. Toutes les personnes en renoncement à des soins visuels ont en effet signalé des gênes, plus ou moins fortes, dans leur quotidien.** Lors de son entretien, une femme, entre 40 et 59 ans, atteinte d'un cancer du sein, en parle : « je suis très créative, et c'était difficile pour faire certaines activités que j'aime. J'étais obligée de poser mes lunettes pour dessiner, j'essayais après de les remettre, après, ben ça me fatiguait les yeux, mal à la tête, enfin voilà quoi » (Ent 3 gr 4). Un homme de la même tranche d'âge

explique quant à lui : « *c'est au quotidien, par exemple quand tu reçois des sms, que tu vois rien, voilà c'est un peu compliqué.* » (Ent 2 gr 2).

D'autres travaux ont souligné un impact direct dans la vie quotidienne des déficiences visuelles qu'un manque de soins peut produire sinon aggraver<sup>8</sup>. Or bon nombre de personnes concernées ne recourent pas aux dispositifs de prise en charge spécifique, ce qui questionne directement sur le maillage nécessaire entre acteurs pour prévenir ces situations. Ce type d'observation mériterait d'être complété en relevant plus systématiquement parmi les différentes difficultés celles qui découlent plus directement sinon entièrement d'un renoncement à un type de soin en particulier.

**Au moment de la préparation de l'enquête avec le Comité de pilotage, des liens entre renoncement à des soins dentaires et conséquences sur la vie sociale avaient en parallèle été discutés.** Ceci parce que le BRS a signalé une relation entre le fait de déclarer des conséquences du renoncement ou du report de soins sur la vie sociale et l'absence de soins dentaires prothétiques (ainsi que de soins visuels ou d'appareillage auditif). **On ne retrouve finalement pas cette relation dans l'analyse des données quantitatives de la présente étude.**

**Le matériau qualitatif vient cependant et là encore nourrir la discussion. La moitié des « renonçants » à des soins dentaires avec lesquels un entretien a été conduit a déploré des difficultés au niveau de ses relations sociales du fait de cette situation.** Les personnes en question ont dit limiter leurs sorties et/ou ne pas oser sourire en public et/ou se cacher la bouche avec une main lors d'échanges avec d'autres personnes pour pas rendre visible l'état de leur dentition. « *Voyez, de sourire et ben... je suis embêtée. Pour le contact avec les gens* (Ent 1 gr 2, femme, plus de 60 ans). Toutes les femmes concernées par des problématiques dentaires importantes ont parlé du caractère inesthétique de la situation : « *j'ai un gros complexe parce que, il me manque euh une dent donc quand on, comme j'ai un grand sourire, ça se voit donc je suis un peu complexée (...) je tourne la tête ou je mets un peu la main devant la bouche ou je crispe un peu pour pas faire un trop grand sourire...* » (Ent 2 gr 3, femme, 40-59 ans, vit seule). Mme Y dit quant à elle : « *c'était pas très esthétique. (...) bien sûr, ça touche le moral ; pour une femme, quand on sourit, ne pas avoir de dent c'est ... (rires) c'est pas très...* ». (Ent 3 gr 3).

**Parmi les 23 personnes en renoncement à des soins dentaires, 12 ont souligné le caractère visible du problème rencontré. La moitié de ces personnes (6) sont des hommes sans emploi ; tous en sont venus lors de l'entretien à évoquer l'impact de ces problèmes de dentition sur leur recherche d'emploi :** « *y aller comme ça... voilà, on est jugé, quand on n'a qu'une chance*

---

<sup>8</sup> Josiane Heyraud, *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles*, Paris, Erès, 2013.

de faire bonne impression à l'entretien, quand c'est le premier regard... Si y a pas de choc visuel, après ça peut bien se passer. » (Ent 6 gr 3, homme, 40-59 ans, sans emploi). Mr P. (ent 4 gr 3, 40 – 59 ans, sans emploi depuis 3 ans, diabétique), relate pour sa part : « quand je vais pour des entretiens, je vois que ça dérange un petit peu, au niveau du regard, que ça pose question ». Il ajoute : « moi je suis très pressé de retrouver du travail donc moi, il fallait que j'avance et que... demander à gauche, à droite... ça allait prendre beaucoup de temps quoi. Alors j'ai décidé de partir ailleurs, j'ai été en Moldavie pour commencer mes soins ».

**2 personnes avec des problématiques dentaires visibles sont quant à elles en emploi. Elles racontent des situations professionnelles gênantes en lien avec leur dentition :** « Je peux vous dire que depuis que je me suis retrouvée sans dent euh... je me cache dans le bureau hein. Et j'évite de sortir (...) voilà, c'est quand même de la souffrance ». (Ent 1 gr 2, femme, 40-59 ans, travaille dans l'administratif, proche de la retraite). Mr. B. explique pour sa part qu'il est livreur de produits alimentaires et qu'il se rend chaque jour dans des restaurants : « je vois plein de gens au boulot, le fait de ne pas pouvoir sourire comme il faut ou... voilà toujours... c'est une gêne. C'est vrai qu'avant, j'avais toujours le sourire, j'étais toujours... voilà et ça me... je suis vraiment frustré chaque jour de boulot de... » (Ent 1 gr 3).

**Parmi les 23 personnes pour lesquelles des soins dentaires sont absents, la plupart ont évoqué des impacts quotidiens lors des entretiens qualitatifs, en particulier sur l'alimentation, la digestion et/ou le sommeil :** « Je ne peux même plus manger, maintenant je me sers que de deux de devant, je mange petit bout par petit bout, vous vous rendez compte ? Chaque jour je mange et je pleure, ça m'angoisse. » (Ent 2 gr 2, femme, plus de 60 ans, retraitée). Une autre femme qui a entre 40 et 59 ans évoque des douleurs régulières : « mes dents commencent à bouger, ce qui provoque des douleurs au niveau de la mâchoire. » (Ent 8 gr 2). D'autres personnes la rejoignent sur ce point ainsi que sur les conséquences de ces situations sur leur humeur et leur moral.

### **1.3.3 Des éléments complémentaires de réflexion**

**On l'a dit, toute la complexité de cette enquête est d'identifier les difficultés socioéconomiques produites par les renoncements ou reports de soins. Aussi pour contrôler en partie les résultats, il est possible de se référer à d'autres données pour voir si la population cible déclare moins de difficultés qu'une population de référence interrogée pour faire état de difficultés en général.** Cela signifierait que les répondants ont plutôt associé les difficultés en question aux situations de renoncement ou de report de soins, et qu'ils n'en parlent donc pas d'une façon générale.

**Selon les éléments complémentaires suivants, il semble que les répondants ont globalement plutôt associé les difficultés citées aux renoncements ou reports de soins :**

- ◇ A la baisse depuis 10 ans, la part de la population qui éprouve des difficultés pour payer un loyer ou pour rembourser un emprunt immobilier est encore estimée à 31 % en 2017<sup>9</sup>. Ce taux est le double de ceux relevés dans l'enquête. En effet, 16 % des réponses apportées par les personnes qui déclarent renoncer à des soins visuels ou à des soins dentaires concernent ce type de difficultés. Cette proportion est aussi la même quels que soient les soins auxquels les personnes renoncent.
- ◇ Les données de l'INSEE de 2008 sur l'endettement des ménages indiquent que 50% des ménages sont endettés à titre privé (24 % pour ceux du 1<sup>er</sup> quintile, et 68 % pour ceux, les plus riches du 5<sup>ème</sup> quintile) : pour 20% il s'agit uniquement d'un crédit immobilier, pour 19 % d'un crédit à la consommation, pour 11 % des deux)<sup>10</sup>. Les dernières données fournies par la Banque de France en janvier 2020 indiquent une forte baisse depuis 2015 (- 40 %) <sup>11</sup>. Ces résultats sont cependant supérieurs à ceux relevés dans l'enquête. Seulement 4 % des réponses données par les personnes déclarant renoncer à des soins visuels ou dentaires portent sur des difficultés pour rembourser un emprunt, de même pour tous renoncements ou reports confondus.
- ◇ Enfin, 12 à 9 % des réponses apportées par les personnes déclarant renoncer à des soins visuels ou dentaires concernent des difficultés pour faire face à des dépenses régulières. Or, des données européennes indiquent que plus de 30 % de la population résidant en France n'ont pas les moyens de faire face à des dépenses imprévues (31,4% exactement, pour une moyenne européenne de 32,5 %) <sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Sondage Opinion Way pour Sofinscope, 2à avril 2017, en ligne.

<sup>10</sup> Insee, « Endettement et recours aux services bancaires en 2008 », en ligne.

<sup>11</sup> Direction de l'information légale et administrative, « Surendettement des ménages : une baisse sensible depuis 2015 », *Vie Publique*, 11 février 2020, en ligne.

<sup>12</sup> Eurostat, *Incapacité à faire face à des dépenses imprévues – Enquête EU-SILC*, 2019, en ligne.



## II. Demander ou non de l'aide par rapport à ces difficultés

Lorsque le renoncement ou le report de soins induit des difficultés socioéconomiques, qui sont les personnes qui recherchent une aide et celles qui n'en recherchent pas ? Cette question est au cœur de l'étude.

**Parmi les 271 personnes de la population cible, 219 (soit 81 %) ont répondu à la question cherchant à savoir si elles avaient demandé de l'aide du fait des difficultés rencontrées. Il apparaît que 46 % d'entre elles ont demandé de l'aide (Tableau 13).** Elles sont plus nombreuses à être dans ce cas quand elles sont suivies par la Pfidass (55 %) que lorsqu'elles ne le sont pas (40 %).

**Une majorité des répondants (54%) n'a par conséquent pas demandé, ou ne demande pas, d'aide pour faire face aux difficultés rencontrées.** C'est le cas de 60% des personnes non suivies par la Pfidass et de 45% des personnes accompagnées au sein du dispositif.

**Tableau 11: Demandeurs et non demandeurs d'aide dans la population cible (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Demandeurs d'aides</b>	52	40%	49	55%	101	46%
<b>Non-demandeurs d'aides</b>	78	60%	40	45%	118	54%
<b>Total</b>	130	100%	89	100%	219	100%

La régression logistique faite sur la non-demande d'aide parmi les personnes ayant rencontré des difficultés en lien avec un report ou un renoncement aux soins et ayant répondu à la question sur le recours à l'aide, montre que **le fait d'être suivi par la PFIDASS diminue légèrement la probabilité de ne pas avoir demandé d'aide.**

**Et « toute chose égale par ailleurs », le fait d'être en couple avec enfant augmente légèrement la probabilité de ne pas avoir demandé d'aide tout comme le fait de souffrir d'une pathologie chronique. Les effets sont toutefois peu significatifs.**

L'âge, la situation par rapport à l'emploi, le sexe, n'ont aucun impact sur cette probabilité et n'apparaissent pas. Etant donné la faiblesse de certains effectifs, ces résultats doivent être interprétés avec précaution.

## 2.1 Demander de l'aide

**Avant d'aller plus loin, il est important de souligner qu'il existe, pour les personnes rencontrées en entretien, des écarts entre ce qu'elles déclarent à ce moment là s'agissant de leur(s) demande(s) d'aide(s) et ce qu'elles ont déclaré sur ce point dans l'enquête par questionnaire.**

En particulier, la plupart des personnes désignées comme « n 'ayant pas demandé d'aides », partant de leurs réponses au questionnaire, déclarent en avoir demandé au moment de l'entretien. La demande d'aide a pu intervenir « entre temps » (qu'elle soit liée ou non à l'accompagnement Pfidass). Les entretiens montrent que les personnes ont eu du mal à dire à quel moment une aide ou une autre a été demandée, et ne savent pas toujours si la Pfidass (que certains n'identifient en l'occurrence pas) a joué un rôle par rapport à certaines demandes.

Il est aussi possible que l'enjeu pour les enquêtés ait été différent au moment de remplir le questionnaire en lien avec des agents de la CPAM et lors de l'entretien avec la chargée d'étude de l'Odenore. Certains ont pu penser que s'ils déclaraient avoir demandé de l'aide dans le cadre du questionnaire, ils ne pourraient pas bénéficier d'une aide de la caisse primaire. Cela ne peut toutefois pas être vérifié. **Admettant cette imprécision liée à la complexité de l'enquête, celle-ci permet cependant de connaître la nature des aides demandées mais aussi et surtout de mieux comprendre vers qui ou vers quels acteurs les personnes se sont tournées.**

Arrêtons-nous en premier lieu sur la nature de l'aide : **pour les 101 personnes qui dans la population cible ont demandé de l'aide, près des trois-quarts des demandes ont concerné une aide financière (52% des réponses) ou plusieurs aides financières (22 % des réponses) (Tableau 12). Au total, la moyenne des demandes d'aides (quelqu'en soit la nature) au cours des deux dernières années est de 1,2 par répondant.**

**Tableau 12 : Les aides demandées (nombre de réponses)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Une aide financière	34	54%	31	49%	65	52%
Plusieurs aides financières	14	22%	14	22%	28	22%
Une aide matérielle (portage de repas à domicile, colis alimentaire...)	3	5%	5	8%	8	6%
Plusieurs aides matérielles	5	8%	2	3%	7	6%

<b>Une aide humaine (aide à la toilette, accompagnement, soutien psychologique, ateliers collectifs/forums ...)</b>	2	3%	5	8%	7	6%
<b>Plusieurs aides humaines</b>	5	8%	6	10%	11	9%
<b>Total</b>	63	100%	63	100%	126	100%
<b>Nbre de répondants</b>	52		49		101	

### 2.1.1 Demander de l'aide "instituée"

**Ces résultats sur la nature de l'aide peuvent être notamment rapprochés de ceux portant sur les acteurs sollicités (Tableau 13). De ce point de vue, 23% des demandes ont été adressées aux services de la caisse primaire.** Les entretiens qualitatifs indiquent que ces demandes concernent le plus souvent la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS) (désormais Complémentaire santé solidaire) et des aides exceptionnelles facultatives pour financer les restes à charge des soins. **18% des demandes ont été adressées aux services de mairies ou de CCAS, 12% à ceux du Conseil départemental, 6% à une mutuelle, un institut de prévoyance, une société d'assurance ou une caisse de retraite, 5% à une association, 4% à la CAF et 4% à la CARSAT.**

En étant prudent sur l'interprétation des données, il apparaît que les personnes suivies par la Pfidass demandent de l'aide avant tout à la caisse primaire (30 % des réponses contre 16 % lorsque les personnes ne sont pas suivies par la Pfidass), ou à une mairie ou un CCAS (24 % contre 11 %). Inversement les personnes qui ne sont pas accompagnées dans le cadre de la Pfidass sollicitent davantage les services du département (17 % des réponses contre 6 % pour les personnes suivies par la Pfidass).

**Ces résultats sont intéressants car ils aident à dresser une première carte des acteurs vers lesquels les personnes en renoncement aux soins rencontrant des difficultés se sont tournées.**

Cela peut être utile alors que globalement les réponses collectives à apporter aux besoins sociaux sont recherchées de plus en plus dans une « approche collective territoriale » de l'aide et de l'action sociales<sup>13</sup>. Cette approche est davantage centrée sur le territoire que sur une population ou des individus, elle a pour objectif affiché la cohésion sociale et la réduction des inégalités structurelles.

<sup>13</sup> Sophie Havette, Eric Molière et Caroline Moriceau, « L'action sociale facultative des communes et des intercommunalités », DREES, Dossiers « Solidarité et Santé », 2014, n° 56.

**Tableau 13 : Les acteurs sollicités (nombre de réponses)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... du Département	12	18 %	4	6 %	16	12 %
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... d'une Mairie/CCAS	8	11 %	16	25 %	24	18 %
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... de la CARSAT	3	4 %	2	3 %	5	4 %
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... de la CAF	3	4 %	3	4 %	6	4 %
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... de la CPAM	11	17 %	20	31 %	31	23 %
Une assistante sociale, CESF, agent d'accueil... de la MDPH	1	1 %	1	1 %	2	1 %
Une assistante sociale d'entreprise	0	0 %	0	0 %	0	0 %
Un professionnel de santé (médecin, infirmier, kinésithérapeute, pharmacien...)	4	6 %	1	1 %	5	4 %
Un professionnel d'une mutuelle, institut de prévoyance, société d'assurance ou caisse de retraite	4	6 %	4	6 %	8	6 %
Une association	2	3 %	5	7 %	7	5 %
Une Banque	2	3 %	0	0 %	2	1 %
Un proche	9	12 %	6	9 %	15	11 %
Autre	10	14 %	3	4 %	13	9 %
NSP	1	1 %	2	3 %	3	2 %
Total	70	100 %	67	100 %	137	100 %
<b>Nbre de répondants</b>	52		49		101	

Comme évoqué en introduction, **les membres du Comité de pilotage ont souhaité porter le regard sur les aides proposées par des organismes sociaux ou collectivités. Dans l'enquête par questionnaire, ces situations apparaissent plutôt rares puisqu'elles concernent 25 répondants. Les résultats sont donc à considérer avec beaucoup de prudence. Ce petit groupe de répondants a reçu 34 propositions en tout, soit 1,4 en moyenne par personne. Qu'elles soient**

suivies par la Pfidass (14 d'entre elles) ou pas (11), **ces personnes indiquent que ces propositions sont venues dans 29% des cas de la caisse primaire, dans 15% d'une mairie ou d'un CCAS, dans 9% du Conseil départemental et même d'une assistante sociale d'entreprise (3 %).** L'origine de la proposition est également associative dans 9 % des réponses, mais le nombre de réponses est trop faible pour en tirer un début d'enseignement.

Au total, près de la moitié des aides demandées ou proposées ont été obtenues en totalité ou en partie par les personnes (Tableau 14). Cette proportion est plus forte lorsque les personnes sont suivies par la Pfidass mais on peut noter que, statistiquement, cette différence n'apparaît pas significative

**Tableau 14 : L'obtention des aides demandées ou proposées**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Aides pas obtenues</b>	106	82%	61	69%	167	76%
<b>Aides obtenues en partie</b>	22	17%	24	27%	46	21%
<b>Aides obtenues en totalité</b>	2	1%	4	4%	6	3%
<b>Total</b>	130	100%	89	100%	219	100%

### **2.1.2 Les "déclencheurs" de la demande d'aide "instituée"**

Il est intéressant de noter que, **bien que dans l'enquête par questionnaire une minorité de personnes indiquent qu'une proposition d'aide leur a été faite sans qu'elles aient demandé quelque chose, leur(s) demande(s) ont souvent été déclenchées ou enclenchées par un échange avec un professionnel du social.** Lors de ces échanges, le professionnel leur a conseillé de faire telle ou telle démarche ou leur a simplement parlé d'une aide (sans toujours explicitement leur proposer d'y recourir).

Les entretiens ont ainsi permis d'évoquer avec les personnes ce qui a « déclenché » ou « enclenché » leur(s) demande(s) ; sur les 23 personnes avec lesquelles ce sujet a été abordé en entretien, la moitié explique que le déclencheur a été un échange avec un professionnel du social. Pour 8 d'entre elles, ce professionnel était un agent de la CPAM (a priori d'accueil). Ces personnes racontent s'être rendues à la caisse primaire pour différentes raisons : régler un problème ou une demande en particulier (dysfonctionnement de la carte vitale, problème dans le versement d'indemnités, renouvellement de droits CMU C ou ACS) ; poser des questions sur un sujet (notamment sur la CMU C et l'ACS) ou faire un point sans demande précise ; parce qu'elles n'arrivaient pas à réaliser certains soins, ou qu'elles anticipaient les

conséquences financières de la réalisation de soins dont elles avaient besoin, et identifiaient la CPAM comme un interlocuteur potentiel mais sans vraiment savoir ce qu'elle pouvait demander en conséquence.

**Dans tous les cas, leur venue a été l'occasion d'échanger avec un agent d'accueil sur leur situation et d'être questionnées sur différents points, ce qui a déclenché une guidance vers des aides (CMUC/ ACS et/ou aides d'action sanitaire et sociale) et/ou une orientation vers la Pfidass.**

Une femme, entre 40 et 59 ans, vivant seule, raconte ce cheminement : « C'est parce que j'avais ces problèmes de dents que je suis allée à la sécu. Je savais pas trop si c'était là que... Mais j'étais dans le besoin de demander une aide en fait quand j'y pense parce que je ne pouvais pas... Mais là bas je savais pas trop quoi dire... Et après la personne là bas m'a demandée « c'est quoi comme aide ? Financière ? Pour les factures, les dents ? Euh... Je savais pas trop et c'est de là que ça en est venu aux dents plus directement » (Ent 2 gr 3). Un homme de plus de 60 ans, retraité, avec des problèmes dentaires, explique, en ce qui le concerne : « Parfois je viens à l'assurance pour faire un peu... un peu... un point. L'autre fois heureusement que votre collègue là - bon je sais pas si c'est votre collègue... En gros, une fois que je suis venu un peu comme ça, je suis tombé sur une dame là à l'accueil de l'assurance, et elle m'a dit : « si vous voulez des aides pour les soins et tout, voilà comment vous y prendre » ... Elle m'a parlé un petit peu de ça et ça m'a encouragé de faire les demandes quoi ». (Ent 1 gr 4).

**Sept enquêtés indiquent pour leur part, lors des entretiens, qu'ils bénéficiaient d'un accompagnement par un travailleur social - de la CARSAT pour une personne et du Conseil départemental pour les trois autres - et que ce sont ces professionnels qui les ont conseillés sur les démarches à mettre en œuvre et/ou les acteurs à solliciter concernant leurs difficultés par rapport aux soins (non pas directement d'ailleurs par rapport aux conséquences de celles-ci).**

C'est le cas de cet homme, sans emploi, 40 – 59 ans : « Donc mes problèmes dentaires, j'en ai parlé à une assistante sociale que je voyais parce que j'ai dû monter un dossier de surendettement... Après ma perte d'emploi. Et donc elle m'a dit : « il faudrait aller voir à la caisse primaire d'assurance maladie et c'est en venant au rendez-vous que, tout s'est fait ensuite hein. » (Ent 6 gr 3).

**Lors des entretiens, les personnes parlent beaucoup plus du rôle des professionnels du social dans le déclenchement (et/ou la suite) de leurs démarches, que de celui joué par des professionnels de la santé. Dans l'enquête qualitative, seuls deux enquêtés disent avoir été conseillés et/ou guidés par une soignant. Dans l'un des cas, il s'agit d'un médecin généraliste, dans l'autre d'une psychomotricienne.** Dans ce dernier cas, l'enquêtée raconte avoir échangé sur sa situation sociale avec la professionnelle de santé qui, au vu du caractère impérieux du soin pour l'enfant de cette personne, l'a informée des aides auxquelles elle pouvait avoir droit et des démarches à mettre en œuvre pour pouvoir poursuivre les soins. La professionnelle lui a en outre transmis un dossier pour demander une aide financière

exceptionnelle à la CPAM : « c'est vrai qu'au niveau communication, je trouve que globalement, ils sont pas au top. Si la psychomotricienne elle me disait pas euh... et ben je savais pas quoi, on aurait tout arrêté ». (Ent 3 gr1). Dans l'enquête par questionnaire, 4 personnes sur 5 rencontrant des difficultés en lien avec un report ou un renoncement aux soins disent ne pas avoir reçu de conseils ou d'aide de la part d'un professionnel de santé par rapport aux difficultés rencontrées (Tableau 15).

**Tableau 15 : Aides et conseils de la part d'un professionnel de santé (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Non</b>	109	84%	67	75%	176	80%
<b>Oui, aidé</b>	1	1%	5	6%	6	3%
<b>Oui, conseillé</b>	20	15%	17	19%	37	17%
<b>Total</b>	130	100%	89	100%	219	100%

**A l'occasion des entretiens, un quart des personnes précise avoir suivi les conseils de proches pour enclencher des démarches. Ces proches les ont informés de l'existence d'aides - de manière plus ou moins précise - et/ou leur ont donné l'idée de se tourner vers la CPAM ou vers une assistante sociale.** Ainsi, l'homme dont nous avons parlé ci-dessus, qui était accompagné par une assistante sociale pour une situation de surendettement, précise que son parcours a été initié par des échanges avec des proches ; il déroule ce cheminement lors de l'entretien : « je connais dans mon entourage des personnes qui reçoivent... avant c'était le RMI, maintenant c'est le RSA, et donc ils m'ont dit : « vu que t'as perdu ton emploi, t'as cotisé pendant trente ans, t'as jamais été au chômage plus de 8 jours donc euh... je pense que t'as assez cotisé pour pouvoir avoir le chômage. Et y a la CMU, nous on a. Vas chez une assistante sociale pour voir et ils m'ont expliqué un peu comment (...). Bon si j'avais pas perdu mon emploi, j'aurais pas été en surendettement, et j'aurais jamais vu une assistante sociale et elle m'aurait pas vu sourire et... Quand on est dans la vie active, on pense pas à tout ça quoi. ».

Pour cet homme, les conseils de proches sont venus du cercle amical et de personnes ayant expérimenté certains « circuits » de demande. Pour une autre personne - une femme, 40 – 59 ans, travaillant dans l'administratif, proche de la retraite -, le conseil a été donnée par une amie disposant d'une expérience acquise au cours de son parcours professionnel : « cette amie, auparavant, elle travaillait au centre dentaire et c'était son boulot de faire obtenir des aides aux clients. Quand elle a su que j'avais ce problème, c'est elle qui m'a parlé de faire un dossier à la sécu ». Une personne de plus de 60 ans a quant à elle été conseillée par une amie

bénévole dans une association : « *et puis j'ai une personne qui fait partie des restos du cœur, qui me connaissait et c'est elle qui a fait aussi un peu dans les démarches. Elle a appelé de droite à gauche pour étudier un peu ma situation et c'est comme ça que la sécu a pris contact avec moi, s'est mis en relation avec moi.* »

Pour d'autres, c'est au sein du cercle familial que les échanges ont eu lieu. C'est le cas de Mme W. et de Mr Z., appartenant tous deux à la classe d'âge 25 – 39 ans. Mme W. qui reportait des soins visuels raconte : « *je commençais à voir vraiment mal, c'est ma sœur qui m'a conseillé ça, elle m'a dit : « faut y aller direct à la sécu, et c'est là-bas qu'ils t'orientent et te diront faut aller ici ou par là ».* J'ai pris rendez-vous, après la dame de la sécu m'a orientée, elle m'a expliqué : « *faut faire ça, faire ça, oui...* ». Et après elle m'a suivie, elle m'a téléphoné et elle m'a conseillé aussi pour aller au gynécologue, pour le cancer de l'utérus. (...) Et j'ai tout suivi, et ça s'est passé bien. » (Ent 7 gr 2). Mr Z., lui, explique au cours de l'entretien qu'il n'avait, il y a quelques mois, plus de logement, pas d'emploi et se trouvait dans un état de santé qu'il considère comme très dégradé. Il dit que c'est après avoir été hébergé quelques temps par son frère pendant l'hiver et avoir échangé avec lui qu'il a eu un déclic. Il déclare aussi lors de l'entretien : « *j'allais y passer.* ». Mr Z. est allé voir l'assistante sociale de secteur, qu'il avait déjà rencontrée par le passé. Elle l'a notamment accompagné dans ses démarches pour ouvrir des droits au RSA. Il indique : « *elle m'a pas mal dirigée vers les associations, enfin pas les associations mais vers les... vers la CAF, tout ça, et puis ça m'a bien aidé* ». Sur la question des soins, il souligne avoir pris contact de lui-même avec la CPAM, sans l'aide de l'assistante sociale qui l'a toutefois encouragé dans cette démarche.

**On voit au travers de ces exemples que les professionnels, en particulier du social, et les proches de différentes natures, participent des « chemins » des personnes en renoncement ou report de soins vers et dans le système de protection sociale. Ces « autres significatifs » - comme les nomment d'autres travaux - jouent, semble-t-il, des rôles complémentaires et à des moments différents.**

### **2.1.3 Demander de l'aide à ses proches**

**Au-delà de ces rôles essentiels que peuvent endosser les proches - veilleur et/ou conseiller et/ou guidant-soutenant, les personnes sollicitent-elles leurs proches pour obtenir de l'aide financière, humaine et/ou matérielle ? A cette question, les 219 répondants ont indiqué demander à leur entourage davantage une aide humaine (27 % d'entre elles) qu'une aide financière (24 %) ou bien matérielle (13 %) (Tableau 16).** Les entretiens montrent que par « aides humaines », les personnes évoquent en particulier le soutien apporté par leurs proches pour se déplacer et/ou pour réaliser des tâches/activités domestiques. Les réponses sont assez proches selon que les personnes sont suivies ou pas par la Pfidass. On peut en outre noter que



les aides financières demandées sont plus souvent ponctuelles que l'aide humaine que les personnes semblent solliciter plus régulièrement.

**Tableau 16 : Sollicitation de l'aide de proches (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Aide(s) financière(s)</b>	29	22%	23	26%	52	24%
<b>Aide(s) matérielle(s)</b>	19	15%	9	10%	28	13%
<b>Aide(s) humaine(s)</b>	33	25%	26	29%	59	27%
<b>Total</b>	130		89		219	

Lecture : Les questions ont été posées de manière indépendante (ex : aide financière : oui / non). Les pourcentages sont donc calculés sur le nombre de répondant à la question. Ainsi, 24% des répondants indiquent avoir reçu de l'aide financière de la part de proches (52 personnes sur les 219 répondants).

**Les raisons de demander l'aide de proches peuvent être diverses (Tableau 17). L'enquête montre cependant que plus d'un tiers des réponses renvoient à une explication en particulier, à savoir le fait que les personnes ne pensaient pas avoir d'autres solutions.** Ce résultat confirme une nouvelle fois l'une des observations récurrentes dans l'ensemble des travaux menés par l'Odenore avec l'Assurance maladie dans le cadre du programme sur le renoncement et l'accès aux soins de santé, qui indique le fort besoin d'information et d'accompagnement social d'une partie importante de la population. En même temps, les nombreuses réponses « autre raison » (19 % de l'ensemble) demanderaient à être explicitées. Toutefois, près de deux fois sur dix, en demandant de l'aide à des proches, il s'agit aussi d'éviter de demander celle d'une institution ou bien de demander une aide qu'une institution a pu refuser.

**Tableau 17 : Les raisons de demander l'aide d'un proche (nombre de réponses)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
<b>Pour éviter de demander une aide au CCAS, à la CPAM, la CAF...</b>	7	10%	3	7%	10	9%
<b>Parce qu'une demande d'aide sociale a été refusée</b>	5	7%	6	15%	11	10%
<b>Pour compléter l'aide sociale qui a été obtenue</b>	2	3%	4	10%	6	5%
<b>Par méconnaissance des autres solutions</b>	24	36%	18	44%	42	39%
<b>Autre</b>	15	22%	5	12%	20	19%

<b>NSP</b>	14	22%	5	12%	19	18%
<b>Total</b>	67	100%	41	100%	108	100%
<b>Nbre de répondants</b>	130		89		219	

**Lors des entretiens qualitatifs, 1 enquêté sur 4 a indiqué avoir demandé une aide financière, humaine ou matérielle à leurs proches.** Parmi ceux qui ne l'ont pas fait, **8 ont déclaré ne pas demander par principe, être gênés à cette idée** (c'est plus particulièrement le cas de personnes âgées qui devraient solliciter leurs enfants) **et/ou ne pas le faire par fierté ; 6 expliquent que leurs proches sont eux-mêmes trop en difficulté pour pouvoir les soutenir et 7 n'avoir personne dans leur entourage sur qui compter**, comme cette femme, entre 40 et 59 ans en invalidité, atteinte d'un cancer du sein : « *j'ai plus personne, j'ai que mon fils et il veut plus me voir donc euh... Donc je suis complètement isolée.* » (Ent 3 gr 4).

#### 2.1.4 Se tourner vers un organisme bancaire

**Dans l'enquête par questionnaire, 1 personne sur 10 parmi celles ayant signifié des difficultés en lien avec un report ou un renoncement aux soins, a répondu s'être tournée vers une banque pour faire face à cette situation.** Un sondage récent indique la même proportion<sup>14</sup>. L'enquête qualitative de la présente étude indique une proportion légèrement supérieure : 3 personnes sur les 20 avec lesquelles le sujet a été abordé lors de l'entretien disent ainsi avoir fait un ou plusieurs emprunts pour financer leurs soins.

L'une d'entre elles explique avoir l'habitude de faire des emprunts pour ce motif car, de son point de vue, il n'y a pas d'autres solutions, notamment parce qu'elle a déjà été aidée financièrement par le CCAS pour ses appareils auditifs : « *maintenant, je fais des petits crédits à la banque pour me faire soigner hein, c'est pas la première fois, j'en ai déjà eu... 3, 5, 6 déjà hein. Euh... pour mes appareils auditifs, j'ai eu mes lunettes, et euh... parce que le problème c'est que quand j'ai eu fini de payer un crédit, j'ai un appareil qui a été foutu, il a fallu le recharger. Oui, je marche avec un crédit toute l'année euh... bon, dès que j'ai fini de payer, ben y a une panne, l'appareil est foutu alors faut changer.* » (Ent 7 gr 4, Femme, 40-59 ans, sans emploi, en invalidité, veuve). Une autre personne envisage de faire un crédit parce qu'elle a

<sup>14</sup> Selon un sondage du CSA pour Cofidis : « Le coût des frais de santé annuels par adulte s'élève en moyenne à 715 € par an et par adulte, dont un tiers reste à la charge du patient, avant l'intervention éventuelle d'une complémentaire santé. Face à ce tarif, un Français sur 10 est contraint de souscrire un crédit à la consommation pour se soigner. » Le FigaroParticulier.fr, 11 octobre 2018.

déjà été aidée par un membre de sa famille pour des soins et ne veut pas lui demander à nouveau. La dernière a eu un refus d'aide financière par la CPAM et pense donc n'avoir aucune autre solution que de faire un crédit pour financer ses soins dentaires « *notamment parce que ma femme travaille un peu. On me refusera tout* ».

**17 personnes sur les 20 avec lesquelles le sujet a été évoqué en entretien ont signifié qu'il était pour elles inconcevable de solliciter le secteur bancaire à propos de ce type de problématiques. Les refus de recourir aux banques pour payer des soins ont été la plupart du temps catégoriques et sans équivoque.** Les motifs invoqués sont de trois sortes : 5 personnes refusent « par principe » de recourir aux banques (« je suis pas pour les crédits hein, non, non, non. ») ; 3 considèrent que leur situation financière ne leur permet pas de demander un prêt à une banque et que celle-ci ne leur prêterait de toute façon pas d'argent et 1 considère que son âge n'est pas compatible avec une demande de prêt bancaire ; 3 mettent en avant le fait qu'elles ne pourraient pas rembourser et que ce ne serait que reporter le problème (« Un crédit pour des soins ou pour autre chose, on en sort sur le coup, mais on n'en sort pas finalement. »).

## **2.2 Un non-recours à l'aide "instituée"**

Dans la population cible, une majorité de personnes (54 % des répondants à l'enquête par questionnaire) n'a pas demandé d'aide pour faire face aux difficultés rencontrées. Différentes raisons expliquent ce non-recours, qui sont intéressantes à interroger en particulier au regard de leur situation en termes d'activités et dans une moindre mesure de leur âge.

### **2.2.1 Une prédominance de la non-connaissance**

**Sur un total de 219 répondants, 118 personnes ont indiqué ne pas avoir demandé d'aide. L'essentiel des réponses portent sur ce qui apparaît dans la typologie du non-recours de l'Odenore comme de la « non-connaissance » (Tableau 18).** En effet, 29 % des réponses indiquent que les personnes ne savaient pas quelle aide demander, 22 % renvoient au fait que les personnes n'ont pas su adresser une demande malgré le besoin, et 10 % des réponses montrent que les personnes ne savaient pas non plus à quel professionnel ou service demander.

Les personnes suivies par la Pfidass exposent un peu moins les deux premières raisons que les personnes qui ne le sont pas, mais davantage la troisième : 17% disent ne pas savoir vers quels professionnels se tourner, alors que ce taux est de 6% pour les personnes non suivies. En parallèle, les personnes qui sont suivies indiquent plus fréquemment (15 % de leurs réponses,

contre 4 % pour les personnes non suivies) qu'elles n'ont rien demandé car les difficultés rencontrées du fait du renoncement ou du report ne le justifiaient pas.

Ce dernier point rejoint le constat énoncé un peu plus tôt : une partie des personnes dit être venue à la CPAM pour un problème, une demande, non directement liés à des difficultés d'accès aux soins (mise à jour de la carte vitale, actualisation du dossier, changement de situation...) et avoir évoqué, à cette occasion, la situation par rapport à leurs soins parce que les agents les ont amenées sur ce terrain. C'est un intérêt du système de détection de la Pfidass que de permettre la captation de personnes qui n'exprimaient pas nécessairement de demande car le besoin ne leur semblait pas urgent et/ou d'intervenir de manière préventive auprès de personnes dont la situation financière aurait pu être fortement destabilisée par l'entrée dans un processus de soins et/ou qui aurait potentiellement « fini par renoncer » à leur mise en place. Cependant, on peut questionner cette qualification du besoin par des professionnels alors même que les personnes ne le perçoivent pas et/ou n'en auraient pas forcément fait part. Cela peut-il avoir un impact sur le positionnement des personnes lors de l'accompagnement par la Pfidass ?

On peut également pointer que les personnes non suivies par la Pfidass indiquent un peu plus fréquemment ne pas avoir demandé de l'aide car elles n'avaient pas le moral. Lors des entretiens, les conséquences du report ou du renoncement aux soins sur le moral des personnes, souvent indirectes, ont été fréquemment mentionnées ; l'absence de soutien et/ou la non-perception de solutions pour faire face à la situation apparaît en l'occurrence comme activant un processus de démoralisation.

**Tableau 18 : Raisons de la non-demande d'aide (nombre de réponses)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Les conséquences du renoncement ne le justifiaient pas</b>	5	4%	9	15%	14	8%
<b>Pas voulu demander car pas le moral</b>	13	11%	3	5%	16	9%
<b>Pas su demander malgré le besoin</b>	28	25%	12	19%	40	22%
<b>Pas su à quel(le)s professionnel(le)s s'adresser</b>	7	6%	11	17%	18	10%
<b>Pas su quelle(s) aide(s) demander</b>	35	31%	16	25%	51	29%
<b>Ne connaît pas les aides qui existent dans la commune</b>	5	4%	4	6%	9	5%
<b>Autre</b>	18	16%	6	10%	24	14%

NSP	3	3%	2	3%	5	3%
Total	114	100%	63	100%	177	100%
Nbre de répondants	78		40		118	

Ces résultats sont éclairés autrement selon l'âge des répondants (Tableau 19) et leur activité (Tableau 20). Si l'on peut parler d'un non-recours par non-connaissance, celui-ci paraît plus prégnant chez les 25-39 ans que dans les autres groupes d'âges. En effet, les réponses en termes de méconnaissance des aides (42 % des réponses), des professionnels et des services (16 %), et des possibilités existant dans la commune (11 %) sont nettement plus fréquentes que chez les 40-59 ans (respectivement 27 %, 13 % et 5 % des réponses) et les 60 ans et plus (27 %, 6 % et 5 % des réponses). En revanche, les plus jeunes disent moins souvent qu'ils n'ont pas su demander malgré les difficultés. Cette explication représente 16 % de leurs réponses, contre 20 % de celles données par les 40-59 ans et 27 % par les 60 ans ou plus.

**Tableau 19 : Les raisons du non-recours à de l'aide selon l'âge (nombre de réponses)**

	25-39 ans		40-59 ans		60 ans et plus		Total	
Les conséquences du renoncement ne le justifiaient pas	1	5%	6	7%	7	11%	14	8%
Pas voulu demander car pas le moral	1	5%	8	10%	5	8%	14	8%
Pas su demander malgré le besoin	3	16%	17	20%	18	27%	38	22%
Pas su à quel(le)s professionnel(le)s s'adresser	3	16%	11	13%	4	6%	18	11%
Pas su quelle(s) aide(s) demander	8	42%	23	27%	18	27%	49	30%
Ne connaît pas les aides qui existent dans la commune	2	11%	4	5%	3	5%	9	5%
Autre	1	5%	11	13%	10	15%	22	13%
NSP	0	0%	4	5%	1	1%	5	3%
Total	19	100%	84	100%	66	100%	177	100%
Nbre de répondants	13		59		41		118	

Ces constats renvoient aux deux facettes principales du non-recours par non-connaissance, à la fois la non information (le cas des plus jeunes) et le manque de maîtrise pour demander (le cas des plus âgés). La faiblesse de certains effectifs empêche toutefois de conclure avec certitude que ces différences sont dûes à un effet d'âge et non au hasard de l'échantillonnage. Il est également possible que les différences soient liées à d'autres critères, par exemple le fait d'avoir une pathologie chronique et/ou d'être retraité. Et en effet, l'activité des répondants vient différencier les réponses de manière significative (Tableau 20).

**Tableau 20 : Les raisons du non-recours à de l'aide selon l'activité (nombre de réponses)**

	Retraités		Sans-emplois		Employés		Total	
Les conséquences du renoncement ne le justifiaient pas	2	4%	6	8%	5	11%	13	8%
Pas voulu demander car pas le moral	3	6%	8	11%	3	7%	14	8%
Pas su demander malgré le besoin	16	33%	15	20%	6	14%	37	22%
Pas su à quel(le)s professionnel(le)s s'adresser	4	8%	8	11%	5	11%	17	10%
Pas su quelle(s) aide(s) demander	14	29%	22	30%	14	32%	50	30%
Ne connaît pas les aides qui existent dans la commune	2	4%	3	4%	4	9%	9	5%
Autre	8	16%	9	12%	6	14%	23	15%
NSP	0	0%	3	4%	1	2%	4	2%
Total	49	100%	74	100%	44	100%	167	100
Nbre de répondants	30		53		28		118	

Le focus réalisé sur les trois groupes numériquement les plus importants dans la population cible (les retraités, les actifs sans emploi et les employés) indique que, dans chacun des trois groupes, environ 30 % des réponses renvoient à une méconnaissance. Elle n'est toutefois pas de même nature selon ces catégories. Les personnes en âge d'être actives mais sans emploi indiquent par exemple un peu plus n'avoir pas su vers quelles aides se tourner. Lors des entretiens, une femme, entre 40 et 59 ans, qui a été licenciée et est au chômage depuis un certain temps s'exprime ainsi : « En fait, on n'a pas l'information qui nous dit c'est votre droit de demander de l'aide au cas où y a... Quand on n'a pas vraiment l'habitude d'aller demander de l'aide, on connaît pas et on cherche pas trop. On se dit pour les soins : « c'est pas dans mes moyens et ben c'est pas dans mes moyens ». Après je savais pas que c'est un droit, voyez ce

que je veux dire ? On se dit : « ben non, c'est une demande qu'on va faire, on sait pas comment on va être reçus. ». Cette personne poursuit en disant qu'elle n'a pas eu le réflexe d'aller voir un travailleur social : « c'est pas dans mes habitudes et je sais pas... Je me vois pas vraiment y aller, surtout que j'avais avant un boulot (...) quand on est au chômage, on n'ose pas demander parce que la première chose qu'on va entendre c'est : « ben il faut travailler, il faut trouver un boulot ». Mais c'est pas un manque de motivation quoi, c'est pas ça c'est que voilà il faut qu'on tombe sur le bon boulot quoi ».

**Comme dans la comparaison par groupes d'âges, les retraités disent quant à eux nettement plus souvent qu'ils n'ont pas su demander malgré le besoin (33 % de leurs réponses, contre 20% chez les répondants actifs sans emploi et 14% chez les répondants salariés). Pour autant, ils évoquent moins que les autres le fait de ne pas savoir à quels services ou professionnels s'adresser (8% de leurs réponses, contre 11% à chaque fois dans les deux autres groupes de répondants).** La situation de cette femme de plus de 60 ans, retraitée, en renoncement à plusieurs types de soins dont dentaires, reflète bien cela. Elle explique lors de l'entretien : « une fois j'ai été dans des services... Mais je sais pas trop lire, ni écrire, et des fois je m'explique mal quand je veux demander et ça a rien donné (...). Un agent m'a dit de demander une aide pour payer... Mais je peux pas le faire toute seule parce que vous savez, j'ai 71 ans et, je suis un peu... voilà. » (Ent 2 gr 1). Mme dit ensuite : « ben ça me gêne énormément [mes problèmes dentaires] mais bon, c'est pas grave, c'est pas grave ! (...) J'ai appris à faire avec, comme pour tout... Toute ma vie je me suis privée de n'importe quoi et là je me priverai aussi hein. (rires). ».

**A l'instar de cette personne, on remarque chez d'autres répondants âgés une tendance à la relativisation, voire à l'intériorisation, de leurs besoins de soins non satisfaits.** Dans l'enquête par questionnaire, les répondants les plus âgés évoquent en outre davantage le fait que les difficultés rencontrées ne valaient pas de demander de l'aide (11 % de leurs réponses, contre 7 % chez les 40-59 ans et 5 % parmi les 25-39 ans). D'autres explications peuvent entrer en ligne de compte pouvant renvoyer à l'habitude de ne rien demander et au besoin de démontrer son autonomie.

**Les entretiens alimentent en parallèle une discussion sur le fait que la non-connaissance ou la méconnaissance joue de différentes manières : certains enquêtés ne demandent pas d'aides car ils ne savent et/ou ne pensent pas qu'il en existe pour le besoin qui est le leur.** C'est le cas de cette femme de plus de 40 ans : « Je me suis un petit peu arrêtée au fait que voilà, quand on me disait : « c'est 2000, 2500€ un implant », ça arrête tout de suite si vous voulez. Vous vous dites : « même pas y a quelqu'un qui va m'aider pour payer ça, y a rien qui existe. » (Ent 8 gr 2).

**D'autres connaissent certaines aides mais ne savent en revanche absolument pas à qui elles sont destinées. Ils méconnaissent ainsi les « cibles ».** Les propos de cette personne sont sur ce

point signifiants : « Je sais qu'on donne des aides pour se soigner mais je ne sais pas à qui on donne ces aides hein. Moi je sais pas, aucune idée. » (Ent 1 gr 1).

**Enfin, une partie des personnes rencontrées a conscience que des aides existent mais a des représentations erronées sur les personnes à qui elles sont destinées et/ou les critères d'attribution et/ou les missions de certains organismes** ; elles sont donc convaincues de ne pas y avoir droit : « Si je n'aurai pas été licencié euh... ben c'est bête à dire, mais j'aurais pas pensé qu'on puisse m'aider pour l'appareillage en étant salarié. Ça j'en avais aucune idée hein. Jamais personne ne m'a dit. Et pour la CAF, moi je croyais qu'en étant célibataire sans enfant, je pouvais pas aller là-bas. Mais des copains m'ont dit : « ben non, c'est aussi pour les personnes seules. » (Ent 6 gr 3, homme, 40-59 ans, sans emploi).

### 2.2.2 Complexité et non-réception des aides

Au-delà de ne pas connaître les aides et/ou de méconnaître les organismes auxquels s'adresser, **la moitié des personnes interrogées estime ne pas savoir ou ne pas comprendre comment fonctionne le système de protection sociale** ; « je l'ai jamais fait parce que je vois que je comprends rien à ça, à ce système, tout est difficile, tout est compliqué, donc je n'avance pas là. » (Ent 1 gr 1, femme, 60 ans et plus, retraitée). **De manière liée, une personne sur cinq parle au cours des entretiens de la complexité du système de protection sociale.** Ces personnes expliquent que cela contribue à la méconnaissance des aides et des professionnels vers lesquelles se tourner et les freine dans la mise en route de leurs démarches quand cela n'y fait pas complètement obstacle.

**Si la complexité ressentie peut gêner la mise en route d'un processus de demande, des personnes racontent également qu'il leur est arrivé de ne pas aller au bout de démarches pourtant entamées, du fait d'incompréhensions par rapport aux demandes des organismes et/ou parce que les démarches étaient, au fur et à mesure, devenues trop compliquées et chronophages. Selon la typologie de l'Odenore, nous sommes plutôt ici dans des cas de non-recours par « non-réception ».** Une femme, entre 40 et 59 ans, en invalidité, atteinte d'un cancer du sein, qui renonce à des soins dentaires et visuels depuis plusieurs années, relate une expérience de ce type : « à l'époque, ça a duré plus d'un an et demi, ouais plus d'un an, par rapport à monter le dossier auprès de la sécu, pour avoir une aide exceptionnelle, ben par rapport aux yeux et aux dents... Fallait le devis, un autre, tous les papiers nécessaires, y'en avait qu'étaient plus à jour, fallait refaire le devis, ça avance, ça avance pas... J'ai tout arrêté ». Elle continue ainsi : « C'est bon, je reste comme ça. C'est ce que je me suis dit. C'est, c'est vachement de... enfin d'énergie, voyez. J'ai attendu... Puis la maladie.... (...) Et puis j'ai une personne qui fait partie d'une association, qui me connaissait et qui a repris dans les démarches. Elle a appelé de droite à gauche pour étudier un peu ma situation et c'est



comme ça qu'on a pris contact avec moi (...). Et là, j'ai eu Melle L. de la sécu [Mme pense que c'est une assistante sociale] : ça a été mon intermédiaire, elle m'a suivie, elle a été d'une gentillesse, d'une patience euh, à toute épreuve. J'ai eu des aides pour payer et aussi d'une association ».

On perçoit bien dans la seconde partie de cet entretien le rôle de guidant, d'accompagnant, joué par un professionnel du social. On comprend aussi que les qualités relationnelles de ce professionnel, tout comme l'aiguillage par un proche, ont joué pour enclencher à nouveau un processus de demandes chez cette personne qui avait, pendant un certain temps, arrêté toutes démarches. **Lors des entretiens, 27 expériences avec des professionnels du social ont été précisément relatées. 17 d'entre elles sont présentées comme bonnes ou très bonnes par les personnes. Le fait de qualifier ainsi les expériences est lié, à la fois, au fait que les professionnels ont permis aux personnes de se repérer et d'avancer vers l'obtention d'aide(s), vers la résolution d'une difficulté, et à des aspects relationnels : les professionnels sont décrits par ces personnes comme ayant été à l'écoute et/ou bienveillants et/ou disponibles.** La nature de la relation, que certains enquêtés qualifient aussi de plus humaine, a fortement participé à faire avancer les personnes voire à leur redonner confiance dans le fait de demander. C'est en particulier le cas lorsque les personnes avaient, dans le passé, vécu de mauvaises expériences avec des professionnels du social.

**Parmi les 27 expériences précisément décrites, 8 sont qualifiées de mauvaises voire de désagréables et dans un cas d'humiliante. Toutes les personnes indiquent que ces expériences ont mis un « coup d'arrêt » aux démarches qu'elles menaient alors et/ou les ont amenées à se dire « qu'elles ne demanderaient plus rien à l'organisme en question » et/ou qu'elles « ne demanderaient plus rien du tout ».** Un homme, entre 40 et 59 ans, sans emploi, souffrant de problèmes dentaires explique : « Bon j'avais attendu pour avoir un rendez-vous, je voulais mieux savoir pour les aides quand on travaille plus ou qu'on travaille qu'un petit peu. Déjà, on a discuté debout, dans le couloir, que... ça, déjà ça m'a... On vous demande là comme ça d'expliquer bon ben vos problèmes devant tout le monde et là c'est... non, je... non, je... En plus, c'était difficile avec mes dents qui... font que... Je bégaye par moment (...). J'aurais juste voulu être reçu dans de bonnes conditions et pas que ma vie privée soit exposée aux gens. J'ai tout laissé comme ça, j'ai pas essayé d'aller plus loin (...). Je me suis senti... ben j'étais vraiment vexé quoi en fin de compte. Je me suis dit, c'est fini j'arrête tout, j'arrête tout. Et même si je travaille bientôt, si j'ai que le SMIC et ben je ferai pas de demande parce que j'ai été déçu. » (Ent 6 gr3).

### 2.2.3 La non-demande suite aux refus

**Comme cela a été vu dans d'autres travaux<sup>15</sup>, des refus d'aides non compris par les personnes peuvent induire, ensuite, un non-recours par non-demande temporaire ou plus durable. Quatre personnes en font état dans les entretiens**, notamment cette femme en invalidité : « A un moment donné je vivais avec même pas... avec 400€. On m'avait supprimé la pension de veuve. Je payais toutes mes factures, j'avais pas à manger juste pour faire mes... mes, faire à manger, faire les courses, j'avais rien hein. Et l'assistante sociale a refusé de me faire un secours alimentaire. Elle a refusé et pourtant, je n'avais rien, je vivais juste avec 400€. C'était impossible à entendre pour moi, j'étais en colère, ça m'a fait dire : « maintenant je vais faire toute seule ». (Ent 7 gr 4). Cette femme indique qu'elle a mis du temps avant de refaire des demandes et que c'est un échange avec un agent de la CPAM, plusieurs années plus tard, qui l'a convaincue de se « re-lancer ».

**Un homme, de plus de 40 ans, vivant en couple, partage pour sa part son expérience. La succession de refus pour des aides exceptionnelles (CPAM et mutuelle notamment), qu'il considère comme injustes et/ou injustifiés, l'ont amené à renoncer à soigner ses dents en France** : « Tout le monde refusait pour mes dents. Ils m'ont dit que c'est des soins, c'est pas... c'est... c'est pas des soins qu'il faut, c'est, comment ils appellent ça eux... c'est surtout pour la beauté, tout ça là. Et c'est aussi que ma femme travaille un peu alors on peut pas avoir droit... C'est normal ça ? Mais, c'était pas possible de rester comme ça. J'étais obligé de trouver une solution. Du coup, on est allés en Tunisie : y a plusieurs chirurgiens là-bas qu'ils ont fait des études en Europe et tout ça. J'ai trouvé un ça va, il est super. Il m'a soigné, il m'a même pas fait mal, moi qui avais peur des dentistes, à cause aussi de mon autre appareil que je supportais pas du tout. » (Ent 9 gr 2).

### 2.2.4 Numérique et dématérialisation : un effet net, plus marqué pour les plus âgés

**Le passage par l'Internet peut être, en général, une raison du non-recours (Tableau 21). De ce point de vue, les résultats de l'enquête par questionnaire confirment l'observation générale selon laquelle le moindre accès, et surtout les difficultés d'usage de l'Internet et du numérique plus globalement, concerne plus particulièrement des populations dont la relation avec les**

---

<sup>15</sup> Groupe de travail « Accès aux droits », « L'accès aux droits et le non-recours dans la branche Famille de la protection sociale », DSER-Cnaf, Dossier d'étude n° 173, novembre 2014. Voir aussi : Warin P., « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales*, 2013, n° 178, pp. 52-62 et Revil H. « Le non-recours subi aux soins comme catalyseur d'une critique du système sanitaire et social », *Revue Suisse de Sociologie*, à paraître, mars 2021.

administrations et les services publics est par ailleurs compliquée et dont les situations de vie sont fragiles à différents égards<sup>16</sup>.

En effet, ce sont 57 % des personnes en report ou renoncement aux soins, déclarant des difficultés en lien avec cette situation et ayant essayé de faire des demandes d'aides par Internet, qui se sont heurtées à des difficultés lors de ces démarches. Il est possible que ces difficultés en aient dissuadé certaines qui ont alors abandonné leur démarche, venant ainsi s'ajouter aux rangs des non-demandeurs.

Ce sont en outre les personnes appartenant à la classe d'âge des plus de 60 ans, ainsi que les personnes retraitées, qui disent le plus avoir rencontré des difficultés pour mener à bien des demandes d'aides par internet. La régression logistique confirme que « toute chose égale par ailleurs », l'âge a un impact relativement important sur les difficultés à demander de l'aide par internet. Les autres variables n'en ont pas, hormis un faible effet de l'atteinte par une pathologie chronique.

**Tableau 21 : Les difficultés rencontrées lors de demandes d'aides par internet (nombre de répondants)**

	Pers. non suivies par la PFIDASS		Pers. suivies par la PFIDASS		Total	
<b>Aucune aide demandée par internet</b>	56 (85 %)		10 (15 %)		66 (100 %)	
<b>Non, pas de difficulté</b>	36	49 %	30	38 %	66	43 %
<b>Oui, car ne sais pas utiliser internet</b>	18	24 %	26	33 %	44	29 %
<b>Oui, car ni accès, ni connaissance d'internet</b>	9	12 %	12	15 %	21	14 %
<b>Oui, car pas accès à internet (zone blanche, pas d'ordinateur...)</b>	11	15 %	11	14 %	22	14 %
<b>Total</b>	74	100 %	79	100 %	153	100 %

Parmi les personnes qui ont participé aux entretiens, **un peu moins d'un tiers ne possède pas d'ordinateur et/ou ne maîtrise pas suffisamment l'outil numérique pour faire des démarches administratives. Plusieurs personnes (non pas uniquement d'ailleurs celles précitées) ont par ailleurs dit préférer se rendre à la CPAM lorsqu'elles ont des questions par rapport à leurs « droits**

<sup>16</sup> Hélène Revil, « Différences d'accès et d'usage du numérique, inégalités, et conditions de mise en œuvre de la relation de service aux publics », in Nathalie Bajos (dir.), *Inégalités d'accès aux droits et discriminations en France. Contributions de chercheurs à l'enquête du Défenseur des droits. Tome 1*, Paris, La Documentation française, 2019, p. 57-69.

**maladie » de base ou complémentaire et/ou qu'elles rencontrent un problème et/ou veulent simplement mettre à jour leur dossier. Comme nous l'avons souligné, c'est précisément en se rendant à l'accueil qu'elles ont souvent appris qu'elles avaient droit à des aides et/ou qu'elles pouvaient être accompagnées par la Pfidass.**

## **Perspectives conclusives : des éléments repérables pour éviter la survenue de fortes implications à la non-réalisation de soins**

Le but initial de cette étude était d'apporter à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Isère et aux acteurs qu'elle a associés au COPIL des éléments de connaissance sur les conséquences du renoncement aux soins. Plus précisément, l'objectif était de savoir si ces conséquences induisent des difficultés socioéconomiques qui peuvent déclencher ou pas un recours à des aides de façon à limiter sinon compenser leurs effets, et de dresser le contour des aides pouvant être ainsi sollicitées.

Pour répondre à cet objectif une double enquête par questionnaire puis par entretien a été réalisée. Le rapport explique sa complexité et ses limites. **Il faut toutefois indiquer que cette enquête est, à notre connaissance, la première à aborder la question des conséquences socioéconomiques du renoncement aux soins au travers de l'étude du recours (et du non-recours) à des « aides compensatoires ».**

**Des résultats présentés dans le rapport, on peut en priorité retenir que sur les 422 personnes interrogées qui déclarent avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois, 64 % rencontrent des difficultés en conséquence.** Ce résultat mérite d'être consolidé par d'autres enquêtes. Pour autant, au vu de l'importance de l'échantillon constitué, on peut avancer que le phénomène du renoncement aux soins – qui rappelons-le touche 25 % de la population nationale et 31 % en Isère au vu des résultats du Baromètre du renoncement aux soins – induit très probablement pour la majorité des personnes concernées des difficultés dans leur vie quotidienne.

**Le renoncement aux soins, en particulier lorsqu'il concerne les soins dentaires ou visuels et qu'il s'inscrit dans la durée, est donc non seulement un phénomène de santé publique, mais c'est aussi un problème social pour la plupart des personnes concernées et pour la collectivité lorsqu'elle est impliquée dans ses répercussions. En effet, parallèlement, l'enquête indique que près de la moitié (46 %) des personnes déclarant des difficultés liées au renoncement demandent une ou plusieurs aides financières ou matérielles, pour l'essentiel à des organismes publics ou bien à des proches.**

Ces résultats confirment à leur façon l'intérêt de cette « étude pilote » et du besoin d'examiner plus avant les implications du renoncement aux soins. Ils sont intéressants aussi parce que dans leur détail il est possible de dégager des éléments pouvant faciliter une recherche de solutions.

**D'un point de vue opérationnel, l'étude présente en effet trois résultats qui pourraient aider la Caisse primaire et les acteurs associés à l'étude, à avancer dans la prévention sinon la prise en compte des difficultés socioéconomiques engendrées par les conséquences du renoncement à des soins :**

→ **Le premier résultat porte sur les caractéristiques des personnes déclarant des difficultés liées au renoncement.** En effet, les résultats statistiques permettent de dégager à partir des variables retenues dans le questionnaire un « profil » de personnes en difficulté, en direction desquelles une intervention pourrait être organisée afin d'anticiper, pour une part, les effets induits par le renoncement aux soins.

→ **Le second résultat est lié et réside au niveau des observations qui montrent que certaines de ces variables comme certains moments des trajectoires des personnes pourraient être utilisés comme des « points d'alerte observables » concernant des difficultés prévisibles.**

→ **Le troisième résultat est que le cumul d'implications en lien avec un report ou un renoncement aux soins contribue à ce que les personnes perçoivent leur situation comme urgente et/ou grave, ce qui les rend possiblement plus réceptives aux propositions faites par des professionnels.**

### **Un premier profil de personnes vulnérables aux difficultés socioéconomiques induites par le report ou le renoncement aux soins**

L'analyse statistique des questionnaires indique que **les personnes qui rencontrent des difficultés socioéconomiques potentiellement liées au renoncement ou au report de soins constituent, comparativement à celles qui ne vivent pas ces difficultés et surtout à celles qui ne renoncent pas à des soins, constitue une population plutôt féminine, âgée de plus de 40 ans, plus souvent à la retraite ou plus souvent sans emploi quand elle est toujours active, et vivant nettement plus fréquemment avec des problèmes de santé chroniques.** La régression logistique effectuée à partir de ce profil de référence indique que les personnes réunissant ces caractéristiques ont une probabilité de 64 % d'avoir rencontré des difficultés suite à un renoncement aux soins (et donc une probabilité de 36 % d'avoir renoncé à des soins sans que ce renoncement n'ait engendré de difficultés). Cependant, et c'est là un élément principal à retenir, **l'élément « probabiliste » le plus important est celui de la pathologie chronique.**

**L'enquête par questionnaire indique en outre une relative prépondérance de certaines difficultés socioéconomiques chez les personnes renonçant à des soins dentaires ou visuels, depuis plus de deux ans.**

Ce résultat conduit à s'interroger sur la possibilité d'un « profilage » des populations à identifier en priorité. Le terme de profilage, on le sait, fait pour le moins débat, en particulier lorsqu'il est

question de politique de sécurité. Au vu de l'enjeu présent, le risque de polémique est très faible puisqu'il s'agit de définir un public à protéger. Dit autrement, **des acteurs qui se donneraient pour objectif d'anticiper dans la mesure du possible les difficultés socioéconomiques induites par le report ou le renoncement aux soins pourraient en premier lieu se tourner vers les populations reconnues avec une pathologie chronique, de façon à identifier en leur sein des groupes cibles tenant compte d'autres variables, notamment le genre et l'âge. Des éléments relatifs à la nature des soins non-réalisés - type de soins et durée de leur absence en particulier – pourraient aussi être pris en compte.**

Certains des éléments de profil avancés ici peuvent probablement être rendus actifs. Il serait par exemple d'un grand intérêt de déterminer la proportion d'assurés affiliés à la CPAM de l'Isère répondant à plusieurs de ces caractéristiques, voire de les identifier pour mieux appréhender leur situation par rapport aux soins et/ou pour leur faire une offre de services qui pourrait bénéficier de la dynamique de la PFIDASS. **Dans la même perspective, l'indication par des acteurs partenaires de groupes définis par le genre et l'âge, voire par l'absence d'activité professionnelle, pourrait permettre à la CPAM, à partir d'un identifiant commun (en particulier le numéro de Sécurité sociale dont on connaît toutefois les restrictions s'agissant des usages partagés), de recouper les informations avec la présence d'une prise en charge au titre d'une pathologie chronique.** Parallèlement, un retour d'informations de l'Assurance maladie vers les partenaires concernant la nature des soins auxquels les personnes renoncent pourrait intéresser les acteurs du social.

### **Une approche proactive à partir de "moments" des trajectoires des personnes**

Ces éléments peuvent aussi être pensés dans une perspective dynamique comme des « points d'alerte observables » d'une possible fragilisation de la situation des personnes, au sens où leur survenue les exposerait davantage au risque de la non-réalisation de soins et surtout du **développement de diverses conséquences en lien.** L'idée sous-jacente est de penser certains moments des trajectoires des personnes comme des événements pouvant accroître la probabilité que celles-ci soient par la suite concernées par une situation défavorable. **En ce sens, alors que la maladie chronique ressort comme l'élément qui accroît le plus la probabilité de rencontrer des implications quotidiennes à la non-réalisation de soins, on peut penser qu'informer les personnes sur ce sujet au moment du passage en ALD, nommer ce qui pourrait éventuellement advenir dans la suite de leur trajectoire, puisse les aider à savoir vers qui se tourner et/ou légitimer une éventuelle demande le moment venu.** Même si ces informations ne leur sont pas directement utiles à l'instant T, elles pourraient être réactivées par les personnes au moment où le besoin se présenterait.

Alors que les indications données sur les formes du non-recours montrent la prédominance de la non-connaissance mais aussi l'existence de besoins que des personnes n'osent pas exprimer, **avoir été destinataires d'informations sur la question de la non-réalisation de soins et de ses possibles conséquences, et que cela ait été pointé comme un risque potentiel par un professionnel, peut soutenir l'engagement des personnes, le moment venu, dans des démarches vers des acteurs susceptibles de les aider.**

**On peut supposer que cela est d'autant plus vrai pour les personnes dont les situations de vie présentent déjà, en amont de la survenue d'une maladie chronique, des éléments de fragilité ou de vulnérabilité - absence d'emploi par exemple - les exposant davantage aux conséquences de la non-réalisation de soins.** Le raisonnement peut d'ailleurs être inversé : des personnes prises en charge au titre d'une maladie chronique, appartenant aux classes d'âges supérieures à 40 ans, qui mentionneraient un changement de situation repéré dans les entretiens comme rendant plus vulnérable aux conséquences du report ou du renoncement aux soins – perte d'un emploi et passage à la retraite par exemple – pourraient être en priorité alertées par les professionnels sur le sujet.

### **Le cumul d'implications en lien avec la non-réalisation de soins : une situation qui peut rendre les personnes plus réceptives à la proposition d'aides**

**Dans tous les cas, plusieurs entretiens montrent bien que le cumul d'implications en lien avec un report ou un renoncement aux soins, plus encore lorsque cette situation s'inscrit dans la durée, contribue à faire de cette situation, une situation d'urgence et/ou une situation grave aux yeux des personnes.** Cette urgence et/ou cette gravité ressentie peut induire un terrain propice à la proposition par des professionnels d'une aide, à l'orientation vers un dispositif, comme l'explique une personne lors de l'entretien : *« C'est à ce moment là, quand ça a tout compliqué, que j'aurais voulu qu'on m'aide »*. Ce dernier point peut fournir un élément de réflexion en lien avec les interrogations des partenaires de l'étude lors du COPIL de décembre 2019 à l'occasion duquel plusieurs ont souligné que *« l'effectivité d'une sollicitation d'aides ne dépend pas uniquement du besoin de la personne mais aussi de leur disponibilité à certains moments pour réaliser une demande et/ou de l'urgence du besoin et/ou de sa gravité et de son évolution et que les propositions doivent certainement être faites partant de ce genre d'éléments »*<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> Éléments tirés du compte-rendu de ce COPIL.



## Annexe 1.

### **Précisions méthodologiques : la régression logistique**

La procédure en question consiste à déterminer, à partir d'un individu de référence choisi arbitrairement, quel est l'impact sur le caractère étudié (en l'occurrence la demande d'aide), de la variation d'une ou plusieurs variables (par exemple l'âge et/ou la composition familiale), tandis que les autres variables restent inchangées. Le modèle fait varier chacune des caractéristiques de l'individu, les autres restant inchangées, et détermine de quelle façon la variable expliquée (la demande d'aide) pourra être affectée par cette variation. Le modèle calcule quelle est la probabilité, pour l'individu de référence, de demander de l'aide (financière, humaine et/ou matérielle). Lorsque l'on fait varier une caractéristique, le modèle calcule la nouvelle probabilité associée.