

Caractéristiques de l'accès aux soins dentaires et de leur prise en charge en France

Accès aux soins dentaire
Inégalités de santé,
Inégalité d'accès aux soins
Prise en charge
Économie de la santé

*Access to dental healthcare
Health inequities
Health access inequities
Patient care management
Health economics*

R. LAN, A.C. BAS, L. LUPI-PÉGURIER, S. AZOGUI-LÉVY

Specificities of the access to dental care and its coverage in France

ROMAIN LAN, UFR d'odontologie, université de Marseille – Unité mixte de recherche 7268 ADES, Aix-Marseille Université-EFS-CNRS. **ANNE-CHARLOTTE BAS**, PSL, université Paris-Dauphine, Laboratoire d'économie de la santé (LEDA-LEGOS), Institut de recherche et d'économie de la santé (Irdes), UFR d'odontologie, département de santé publique – Université Paris-Diderot. **LAURENCE LUPI-PÉGURIER**, Université Côte-d'Azur, laboratoire Micoralis EA 7354, UFR odontologie, Nice. **SYLVIE AZOGUI-LÉVY**, UFR d'odontologie, département de santé publique – Université Paris-Diderot, Laboratoire d'éducatons et de pratiques en santé (LEPS), EA 3412, université Paris-XIII.

RÉSUMÉ

Le système de santé français est fondé sur les principes de solidarité, d'universalité et d'équité. Mais il persiste d'importantes inégalités horizontales de santé et d'accès aux soins, en particulier dans le secteur dentaire. La santé bucco-dentaire est particulièrement touchée, car la délivrance de ces soins a un fonctionnement très spécifique (offre de soins libérale, haute technicité des pratiques et défaut de protection sociale). L'objectif de ce travail est d'analyser le secteur dentaire français à travers ses forces et faiblesses, ainsi que ses particularités comparées à ses voisins européens. Pour cela, des membres du Collège des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique ont développé des recherches en économie de la santé, par exemple sur les sujets du recours aux soins, de la fixation des prix, des barrières et des spécificités de l'accès aux soins dentaires des populations vulnérables.

ABSTRACT

The French health system is based on the principles of solidarity, universality and equity. However, there are still important horizontal disparities in health and access to healthcare, particularly in the dental sector. Indeed, oral health is particularly concerned because the delivery of dental care has a very specific pattern (liberal practice, high technicality of practices and lack of social welfare). The purpose of this study is to analyze the French dental sector through its strengths and weaknesses as well as its peculiarities compared with its European neighbors. Members of the College of Academic Dental surgeons in Public health have conducted research in health economics, dealing for example with access to care, prices setting, barriers and specificities of the access to dental care for vulnerable populations.

1. CONTEXTE

Nous allons ici présenter l'organisation des soins bucco-dentaires en France. Nous voulons positionner le secteur dentaire dans le système de santé français et le comparer à celui de certains pays européens qui proposent des méthodes de régulations alternatives.

1.1. LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE : PRINCIPES GÉNÉRAUX

L'assurance maladie française se fonde sur un système assurantiel où les droits sociaux sont liés au travail avec un principe de solidarité, d'universalité et d'équité (« chacun cotise selon ses moyens et consomme selon ses besoins »). Cette assurance sociale est issue de la création de la Sécurité sociale au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Elle est gestionnaire du système de santé public, sous tutelle de l'État.

Le système de santé français est donc largement piloté par les pouvoirs publics à travers l'Assurance maladie. Le financement des dépenses de santé est réparti entre les régimes de sécurité sociale obligatoires, des opérateurs privés qu'ils soient ou non à but lucratif, en particulier les mutuelles, et les usagers. L'Assurance maladie assure le remboursement de la plus grande part des dépenses de santé. C'est pourquoi le système de santé français s'appuie sur « une demande solvabilisée par un système d'assurance publique » (*Le Système de santé français*, PUG).

Le système public de protection sociale est financé par les cotisations sociales (environ 65 %), les impôts et taxes affectés – ITAF (25 %), dont la contribution sociale généralisée (CSG) et les contributions publiques de l'État et des collectivités locales (10 %). Les dépenses publiques allouées à ce système sont en progression constante et atteignent un tiers du PIB. Depuis une vingtaine d'années, il y a une diminution du poids des cotisations sociales et une augmentation de la part des ressources fiscales. Ce rééquilibrage est le résultat de la montée progressive du chômage (et ainsi de la baisse des recettes obtenues par cotisations sociales). Il est censé éviter que le financement de la protection sociale pèse trop sur les seuls revenus d'activité. La structure de financement du système de santé français s'est rapprochée des modèles des pays de l'Union européenne en général. La France reste l'un des pays européens qui met le plus à contribution les revenus du travail dans le financement de la protection sociale.

Nous allons maintenant présenter les particularités du secteur dentaire qui occupe une place à part dans le système de santé français. Nous voulons comparer la délivrance des soins dentaires en France par rapport à ses voisins européens et ainsi mettre en valeur ses forces et ses faiblesses. Enfin, nous exposerons les travaux menés au sein du Collège des chirurgiens-dentistes universitaires en santé publique à la spécialité bucco-dentaire.

1. CONTEXT

We are going to present the organization of oral health care in France. We will describe the dental sector within the French health system and compare it to the system of several European countries working with alternative regulatory methods.

1.1. FINANCING OF THE HEALTH SYSTEM IN FRANCE: GENERAL PRINCIPLES

French Health insurance is based on an insurance system where social rights are connected to work and based on a principle of solidarity, universality and equity ("each contributes according to his/her means and receives according to his/her needs"). This social insurance comes from the creation of the Social Security at the end of World War II. It manages the public health system, under State supervision.

The French health system is thus widely guided by public authorities through the Health insurance. The financing of health expenditures is distributed between compulsory national insurance schemes, profit-making or non-profit making private operators, particularly supplementary insurance companies, and users. The Health insurance provides the reimbursement of the largest part of healthcare costs. That is why the French health system provides the solvency of the demand through a system of public insurance (The French health system – PUG).

The public system of social welfare is financed by social contributions (approximately 65%), "earmarked" taxes (ITAF, 25% of which come from the CSG (generalized social contribution) and public contributions of the state and the local authorities (10%). Public spending assigned to this system has been steadily increasing and amounts to a third of the GDP. For about twenty years, there has been a decrease in social contributions and an increase of fiscal resources. This rebalancing is the result of the progressive increase of unemployment (and thus the drop in the revenues stemming from social contributions). It is supposed to avoid that the financing of social welfare weigh too much on the sole earned incomes. The financing structure of the French health system has moved towards the models of European Union countries. France remains one of the European countries that involves the most earned incomes into the financing of social welfare. We shall now review the peculiarities of the dental sector which occupies a special place in French health system. We will compare the delivery of dental treatment in France with its European neighbors in order to highlight both its strengths and weaknesses. Finally, we will describe the study dedicated to dentistry, conducted by the College of Academic Dental surgeons in Public health.

1.2. LES PARTICULARITÉS DU SECTEUR DENTAIRE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

L'offre de soins dentaires est très largement libérale (87 %). Le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers (6 %), les centres de santé municipaux ou mutualistes. Contrairement à l'exercice de la médecine, il y a ainsi peu d'alternative pour les patients non solvables ou isolés. La pratique majoritairement libérale implique en effet des difficultés d'application du tiers payant (la dispense d'avance des frais), sauf pour les bénéficiaires de la CMU-C. Les praticiens sont attachés aux principes de l'exercice libéral (liberté d'installation, liberté thérapeutique et de prescription).

Le patient choisit librement son chirurgien-dentiste. Son accès est direct. La densité moyenne nationale de chirurgiens-dentistes par habitant est relativement satisfaisante, notamment par rapport aux densités de praticiens retrouvées dans d'autres pays d'Europe (fig. 1 à 4), (Devaux et coll., 2012), mais la répartition de l'installation des praticiens sur le territoire est très inégale. Les zones urbaines très denses ainsi que les littoraux sont surdotés, tandis que certaines zones rurales sont désertées. Cela conduit à des difficultés d'accès géographiques et à des besoins insatisfaits (Collet et coll., 2007).

1.2. PECULIARITIES OF DENTAL SECTOR WITHIN THE FRENCH HEALTH SYSTEM

The offer of dental treatment is very widely independent (87%). The public or equivalent sector is made of hospital units (6%), municipal or mutual insurance health centers. Unlike medical practice, there are not a lot of alternatives for insolvent or isolated patients. Indeed, due to a mainly private practice, the third-party payment system is difficult to apply (up-front payment exemption), except for the UMC-C beneficiaries (UMC for universal medical coverage). Practitioners are strongly attached to the concepts of private practice (freedom to practice anywhere, therapeutic freedom and freedom of prescription).

Patients choose freely their dental surgeon. The access is direct. The average national density of dental surgeons per inhabitant is relatively satisfactory, particularly when compared to the density of practitioners in other European countries (fig. 1 to 4), (Devaux et al., 2012). But the geographic distribution of dental practitioners is very uneven. There are too many practitioners in dense urban areas and on the coasts while several rural areas are deserted. This situation results in difficult access to dental care according to the location and unmet needs (Collet et al., 2007).

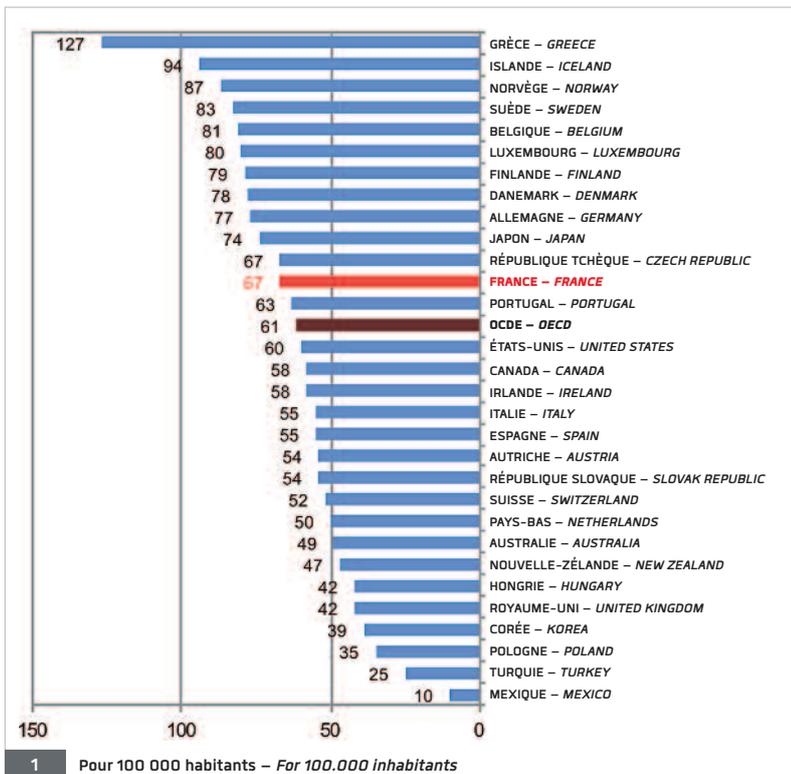


Fig. 1 à 4. Répartition du nombre de dentistes et du nombre de consultations par dentiste en 2009 dans les pays membres de l'Organisation de coordination et de développement économique (OCDE). Source : Éco-Santé, 2009.

Fig. 1 to 4. Distribution of the number of dentists and consultations per dentist in 2009 in the OECD countries (Organization for Economic Cooperation and Development). Source: Eco-Santé, 2009.

Fig. 1. Nombre de dentistes pour 100.000 habitants, 2009 (ou dernière année disponible)*.

Fig. 1. Number of dentists for 100.000 inhabitants in 2009 (or latest year available)*.

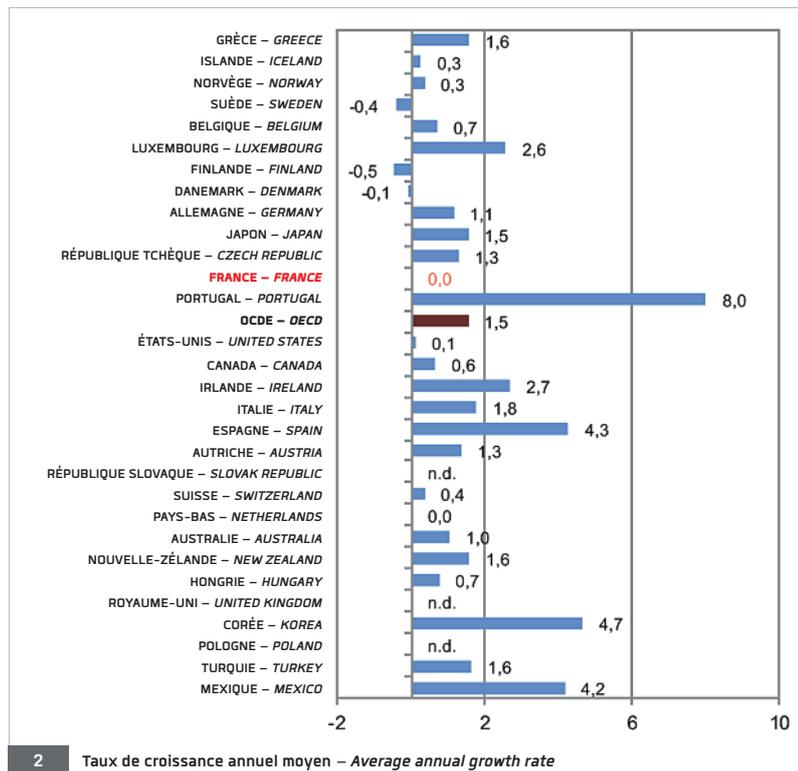


Fig. 2. Variation du nombre de dentistes par habitant, 1990-2009 (ou année la plus proche)*.

Fig. 2. Variation of the number of dentists per inhabitant, 1990-2009 (or closest year)*.

2 Taux de croissance annuel moyen - Average annual growth rate

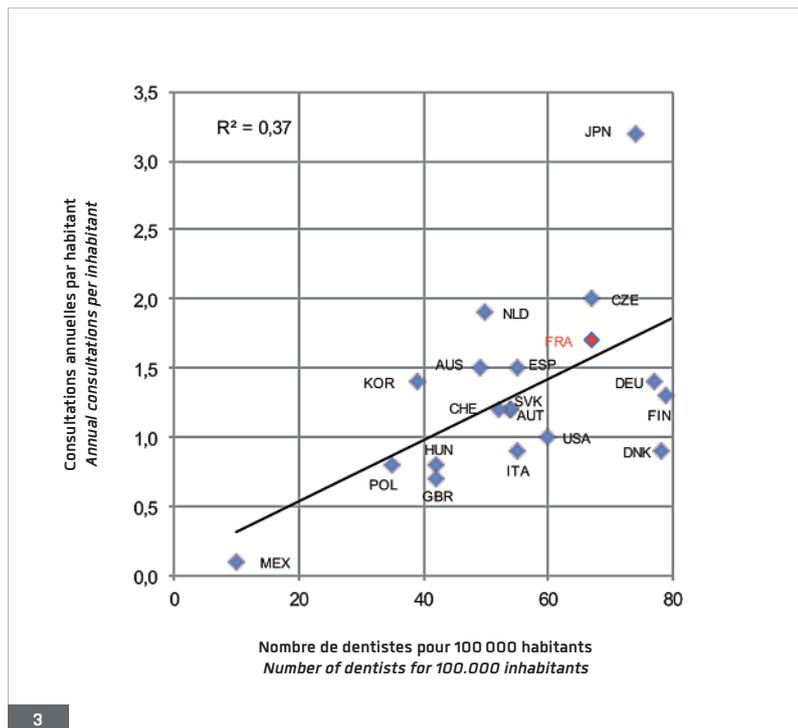


Fig. 3. Nombre de dentistes et consultations par habitant, 2009 (dernière année disponible)*.

Fig. 3. Number of dentists and consultations per inhabitant, 2009 (latest year available)*.

3

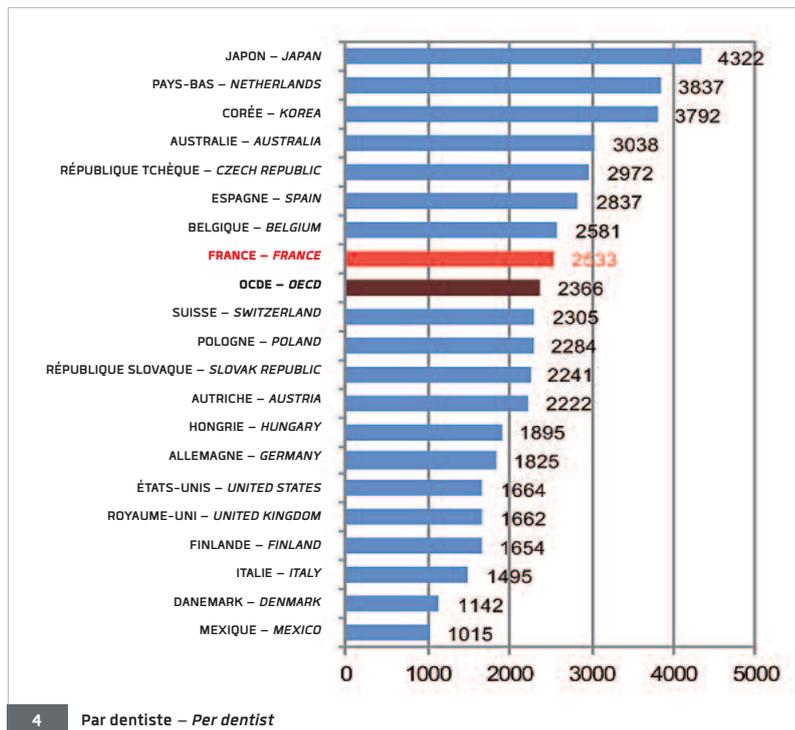


Fig. 4. Estimation du nombre de consultations par dentiste, 2009 (ou dernière année disponible)*.

Fig. 4. Assessed number of consultations per dentist, 2009 (or latest year available)*.

* Pour le Portugal, Canada, Irlande et Espagne, la dernière année disponible était 2007 - Source : Éco-Santé OCDE, 2009 .

* For Portugal, Canada, Ireland and Spain, the latest year available was 2007 - Source: Eco-Santé OECD 2009

La réalisation des soins dentaires est hautement technique. En effet, les soins dentaires imposent un plateau technique important, du matériel nécessaire à la réalisation même du soin à la stérilisation des instruments. Le fonctionnement du cabinet dentaire nécessite bien souvent le travail d'au moins une assistante dentaire, voire d'une secrétaire. Cela implique des investissements financiers et des coûts de fonctionnement et de gestion très importants.

Le système de financement des soins dentaires est très spécifique. De la même façon que dans le reste du secteur médical, les soins conservateurs et chirurgicaux, peu coûteux, sont bien remboursés par l'Assurance maladie. Il existe en revanche une tarification parallèle pour les soins de prothèses et d'orthopédie dento-faciale. Ces derniers sont très coûteux et très peu remboursés. Le coût se reporte donc sur un financement privé (assurances complémentaires ou patient lui-même), dont la part représente 65 % en moyenne dans le secteur dentaire (Devaux, 2015). Les professionnels accusent la faiblesse des tarifs opposables sur les soins conservateurs d'être à l'origine des tarifs trop élevés des soins prothétiques qui, eux, ne sont pas opposables. Cette distorsion des prix entre soins conservateurs et soins prothétiques entraîne des transferts de charge entre patients qui recourent aux soins conservateurs et ceux qui recourent aux soins prothétiques (Azogui-Lévy et Rochereau, 2005).

Performing dental treatment is highly technical. Indeed, dental care requires considerable technical equipment, from the necessary material to perform the various treatments to instruments sterilization. The proper management of a dental office very often requires the presence of a dental assistant, and sometimes a secretary. It involves financial investments and considerable operating and managing costs.

The financing system of dental treatment is very specific. In the same way as in the rest of the medical sector, cost-effective conservative and surgical treatments are well reimbursed by the National Health Insurance. However, there is a parallel pricing for prosthetics and dentofacial orthopedics which turn out to be very expensive and poorly reimbursed. The cost consequently involves private financing (supplementary insurance plan or patient himself) and this part averagely stands for 65% in the dental sector (Devaux, 2015). Professionals argue that conventional tariffs of conservative treatments are too low, thus generating higher prices for prosthetic procedures which, on the other hand, are not conventional. These discrepancies between prices of conservative and prosthetic treatments generate cost transfers between patients who need conservative treatments and those who need prosthetic treatments (Azogui-Lévy and Rochereau, 2005).

1.3. COMPARAISON EUROPÉENNE

Tous les modèles de prise en charge du financement des soins dentaires sont représentés en Europe.

L'assurance privée est la principale source de financement des soins dentaires (prothèses incluses) en France et aux Pays-Bas. En République tchèque, en Allemagne et en Slovaquie, le financement des soins dentaires est majoritairement public (fig. 5). Dans d'autres pays, ce sont principalement (voire uniquement) les patients qui paient directement leur dentiste (par exemple, en Espagne, en Suisse et en Islande, où la part de prise en charge par le patient représente respectivement 97, 89 et 82 % du financement des soins dentaires).

1.3. EUROPEAN COMPARISON

All kinds of funding models for dental care can be found in Europe.

Private insurance plans are the main financing source for dental treatment (prostheses included) in France and in the Netherlands. In Czech Republic, in Germany and in Slovenia, financing of dental treatment is mainly public (fig. 5). In several other countries, patients pay the main part of the fees (and sometimes the entire cost) directly to their dentist (for example in Spain, in Switzerland and in Iceland, the patient's share respectively amounts to 97%, 89% and 82% of dental treatment financing).

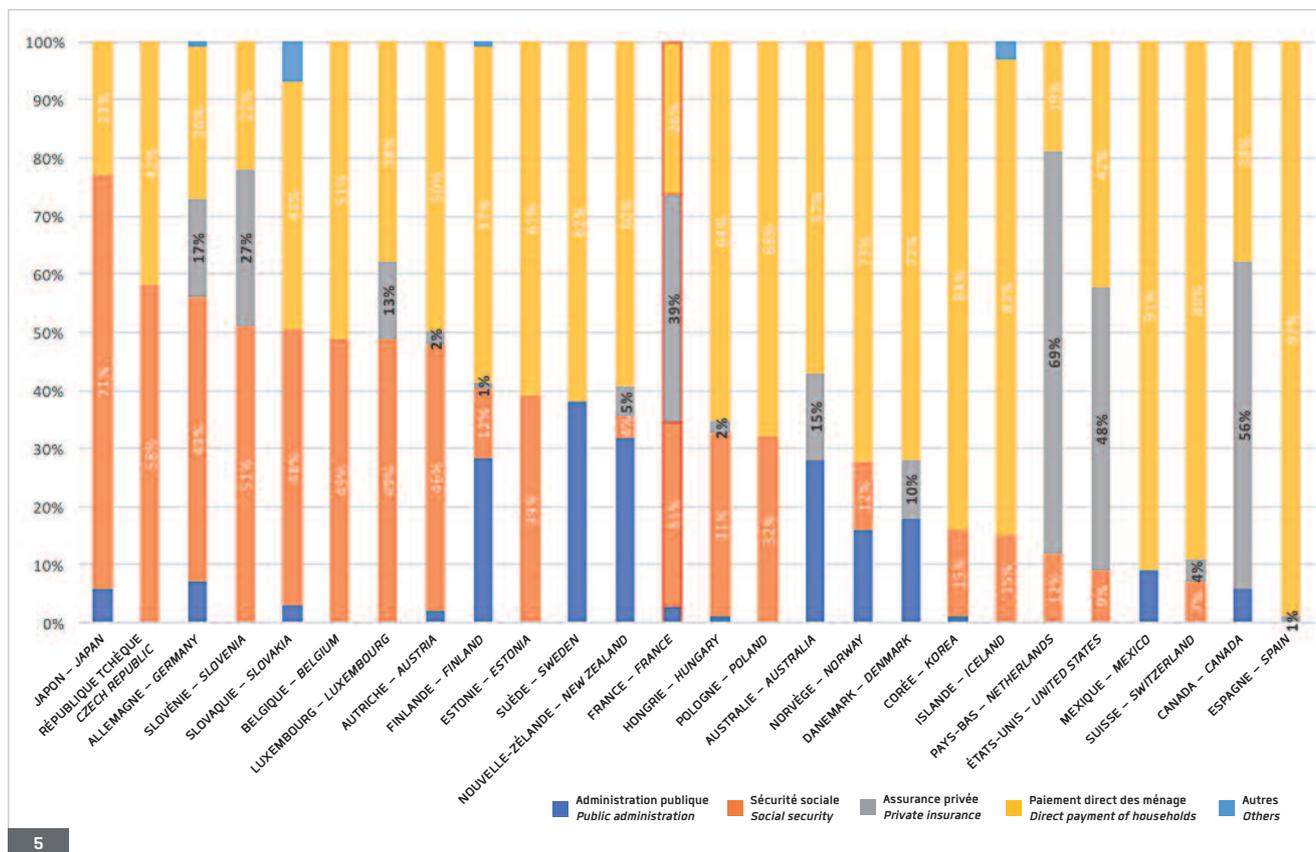


Fig. 5. Répartition des dépenses de santé dentaires (prothèses inclus) par type de financement, 2012. [Source : OECD Statistic Health 2014].
 Fig. 5. Distribution of dental care expenditure (prosthetics included) according to type of financing, 2012. [Source: OECD Statistic Health 2014].

Il est donc rare de trouver une large couverture publique du financement des soins dentaires en Europe. Les rares pays où cela est majoritaire ont des systèmes de santé et de sécurité sociale bismarckiens dans lesquels le rôle de l'État (national ou fédéral) est particulièrement fort. De façon générale, dans les pays européens, le retrait du financement public dans les soins dentaires peut être lié aux prix pratiqués qui sont en inadéquation avec la réalité économique nationale ou à des systèmes de santé débordés par les coûts d'innovations techniques toujours plus onéreuses.

It is thus rare to find a wide public coverage in the financing of dental treatment in Europe. The rare countries where it is the case have Bismarckian healthcare and social security systems where the State (national or federal) plays a particularly strong role. Generally in European countries, the withdrawal of public funding in dental care can be connected to prices that are in inadequacy with the national economic reality or to health systems overwhelmed with the cost of increasingly expensive technical innovations.

En plus d'une grande diversité des modèles de prise en charge du financement des soins dentaires en Europe, il existe aussi une réelle hétérogénéité de la capacité de financement public et de ses conditions d'attribution (tableau 1).

Beside a great diversity of coverage models for the financing of dental treatment in Europe, there is also a real heterogeneousness in the capacity of public financing and the conditions for granting (Table 1).

TABLEAU 1 – TABLE 1

Types de remboursement selon les pays de la couverture d'assurance-maladie de base pour les soins et prothèses dentaires chez l'adulte (hors exemption ou réduction exceptionnelle). 2012 ou année la plus proche.

According to countries, type of reimbursement provided by the basic health insurance for dental treatment and prostheses in adults (outside exemption or exceptional reduction). In 2012 or closest year.

PAYS COUNTRY	SOINS DENTAIRES COURANTS ROUTINE DENTAL CARE	PROTHÈSES DENTAIRES DENTAL PROSTHESES
ALLEMAGNE – GERMANY	Remboursement 50 %, avec bonus si visites préventives régulières <i>Reimbursement 50%, with bonus if regular prevention visits</i>	Remboursement 50 % (hors implants) <i>Reimbursement 50% (except implants)</i>
AUSTRALIE – AUSTRALIA	Généralement remboursé – <i>Generally reimbursed</i>	Généralement non remboursé – <i>Generally not reimbursed</i>
AUSTRALIE – AUSTRIA	Généralement remboursé avec taxe annuelle de 10 € pour la carte d'assurance maladie <i>Generally reimbursed with a 10 € annual tax for health insurance card</i>	Généralement remboursé avec taxe annuelle de 10 € pour la carte d'assurance maladie <i>Generally reimbursed with a 10 € annual tax for health insurance card</i>
BELGIQUE – BELGIUM	Généralement remboursé (mais prix pratiqué bien supérieur au tarifs de base) <i>Generally reimbursed (but actual prices are much higher than base prices)</i>	Généralement remboursé (mais prix pratiqué bien supérieur au tarifs de base) <i>Generally reimbursed (but actual prices are much higher than base prices)</i>
CANADA – CANADA	Généralement non remboursé – <i>Generally not reimbursed</i>	Généralement non remboursé – <i>Generally not reimbursed</i>
CHILI – CHILE	Dépend du type d'assurance souscrit (Isapres, Fonasa public...) <i>Depends on type of purchased insurance plan (Isapres, Fonasa public...)</i>	Dépend du type d'assurance souscrit (Isapres, Fonasa public...) <i>Depends on type of purchased insurance plan (Isapres, Fonasa public...)</i>
CORÉE – KOREA	Remboursement 30 à 60 % selon le type d'établissements <i>Reimbursement 30 to 60% according to type of health care center</i>	Non remboursé. Remboursé 50 % à partir 75 ans <i>Not reimbursed. Reimbursed 50% from 75 years old</i>
DANEMARK – DENMARK	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
ESPAGNE – SPAIN	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
ESTONNIE – ESTONIA	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
ÉTATS-UNIS UNITED STATES	Franchise et remboursement partiel. Dépend des régimes d'assurance maladie <i>Deductible and partial reimbursement. Depends on health insurance plans</i>	Franchise et remboursement partiel. Dépend des régimes d'assurance maladie <i>Deductible and partial reimbursement. Depends on health insurance plans</i>
FINLANDE – FINLAND	Frais de consultation obligatoire non remboursé : 7,50 € pour hygiéniste, 9,60 € pour dentiste, 14 € pour spécialiste + remboursement partiel selon techniques <i>Fees for mandatory consultation not reimbursed : 7.50 € for hygienist, 9.60 € for dentist, 14 € for specialist + partial reimbursement according to techniques</i>	Frais obligatoire de 100 € + remboursement partiel selon prothèses <i>Compulsory fees 100 € + partial reimbursement according to prostheses</i>
FRANCE – FRANCE	Remboursement 70 % – <i>Reimbursement 70%</i>	Remboursement 70 % tarif de base, bien inférieur aux prix réellement payés par les patients <i>Reimbursement 70% of base prices, much lower than prices actually paid by patients</i>
GRÈCE – GREECE	Faible remboursement – <i>Low reimbursement</i>	Faible remboursement – <i>Low reimbursement</i>
HONGRIE – HUNGARY	Généralement remboursé – <i>Generally reimbursed</i>	Remboursement partiel – <i>Partial reimbursement</i>
IRLANDE – IRELAND	Remboursement urgences dentaire et selon nombre actes/an <i>Reimbursement of dental emergencies and according to number of procedures per year</i>	Remboursement lorsque traitement relève urgence <i>Reimbursement in case of emergency treatment</i>
ISLANDE – ICELAND	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
ISRAËL – ISRAEL	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
ITALIE – ITALY	Généralement remboursé – <i>Generally reimbursed</i>	Généralement remboursé – <i>Generally reimbursed</i>
JAPON – JAPAN	Remboursement 70 % – <i>Reimbursement 70%</i>	Remboursement 70 % – <i>Reimbursement 70%</i>
LUXEMBOURG LUXEMBOURG	Remboursé jusqu'à 60 € puis 88 % <i>Reimbursement up to 60 € and then 88%</i>	Remboursé 80 % avec bonus si visites préventives régulières <i>Reimbursement 80% with bonus if regular prevention visits</i>
MEXIQUE – MEXICO	Faible remboursement pour quelques actes (Seguro Popular) <i>Low reimbursement for a few procedures (Seguro Popular)</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
NORVÈGE – NORWAY	Généralement non remboursé – <i>Generally not reimbursed</i>	Généralement non remboursé – <i>Generally not reimbursed</i>

PAYS COUNTRY	SOINS DENTAIRES COURANTS ROUTINE DENTAL CARE	PROTHÈSES DENTAIRES DENTAL PROSTHESES
NOUVELLE ZÉLANDE NEW ZEALAND	Non remboursé à partir de 19 ans Not reimbursed after 19 years old	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
PAYS-BAS NETHERLANDS	Remboursement pour spécialiste exerçant à l'hôpital uniquement Reimbursement for specialists working in hospitals only	Remboursement 25 % – <i>Reimbursement 25%</i>
POLOGNE – POLAND	Remboursement complet pour certains actes (limité) Full reimbursement for specific procedures (limited)	Remboursement 2 prothèses tout les 5 ans <i>Reimbursement 2 prostheses every 5 years</i>
PORTUGAL – PORTUGAL	Non remboursé pour la population générale <i>Not reimbursed for the general population</i>	Non remboursé pour la population générale <i>Not reimbursed for the general population</i>
RÉPUBLIQUE TCHÈQUE CZECH REPUBLIC	Taxe 1,20 € par visite/certains actes, matériaux, procédures jugés "supérieures" non remboursés <i>Tax 1.20 € per consultation/some procedures, materials, techniques considered as "elaborate" are not reimbursed</i>	Remboursement partiel selon type de prothèses <i>Partial reimbursement according to type of prostheses</i>
ROYAUME UNI UNITED KINGDOM	Remboursement 34 % – <i>Reimbursement 34%</i>	Remboursement 34 % – <i>Reimbursement 34%</i>
SLOVAQUIE – SLOVAQUIA	Remboursement 50 % – <i>Reimbursement 50%</i>	Remboursement 50 % – <i>Reimbursement 50%</i>
SLOVÉNIE – SLOVENIA	Remboursement 80 % – <i>Reimbursement 80%</i>	Remboursement 10 % – <i>Reimbursement 10%</i>
SUÈDE – SWEDEN	Franchise 300 €, puis remboursement 50 % jusqu'à 1500 €, 85 € au-delà <i>Deductible 300 €, then reimbursement 50% up to 1500 €, 85 € beyond</i>	N/A – N/A
SUISSE – SWITZERLAND	Non remboursé (sauf pour maladie grave) <i>Not reimbursed (except in case of serious condition)</i>	Non remboursé – <i>Not reimbursed</i>
TURQUIE – TURKEY	N/A – N/A	N/A – N/A

Certains pays ont mis en place, comme en France, un financement pluripartite des dépenses dentaires de prévention et de traitement (par exemple, l'Autriche, la Belgique, la République tchèque, la Finlande ou le Luxembourg). Dans ce cadre, les prix payés par les patients (notamment pour les prothèses) sont beaucoup plus élevés que le prix considéré comme base du remboursement public.

Dans les pays comme l'Espagne et la Suisse, les soins dentaires destinés aux adultes ne participent généralement pas aux services de base considérés par l'assurance santé publique. Ils peuvent y être rétablis pour des groupes de population aux besoins spécifiques.

Plusieurs pays ont opté pour la mise en place d'incitations à suivre une trajectoire de soins dentaires préventive. Les Allemands qui se soumettent à des examens dentaires réguliers profitent d'une réduction de leur participation personnelle aux coûts des traitements nécessaires. En Suède, les dépenses sont à la charge du patient de 20 ans en deçà d'un coût limite total de 320 euros. Elles sont ensuite couvertes à hauteur de 50 % pour un montant de soins annuel compris entre 320 et 1600 euros et à 85 % au-delà de ce montant (Paris, 2016 ; Krutilova, 2013). Le rapport de la Cour des comptes 2016 sur la délivrance et la régulation des soins bucco-dentaires en France suggère fortement qu'ils gagneraient à être réformés en s'inspirant de ses voisins (rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale).

Several countries like France set up a multi-party financing of dental expenses for prevention and treatment (for example in Austria, Belgium, Czech Republic, Finland, Luxembourg). In this context, prices paid by patients (particularly for prostheses) are much higher than the price considered as the basis for public reimbursement.

In countries like Spain and Switzerland, dental treatments for adults are generally not included in the basic services covered by public health insurance. However, there might be exceptions for groups of population with specific needs.

Several countries opted for incentives to follow a preventive approach of dental treatment. The Germans who regularly go to dental consultations are entitled to a reduction in their personal participation to treatment costs. In Sweden, expenses are charged to 20-year-old patients below a total limit cost of 320€. They are then covered up to 50% for an annual amount of care from 320 € to 1600 € and up to 85% above that amount (Paris, 2016; Krutilova, 2013). The Court of Auditors' 2016 report on delivery and regulation of oral care in France strongly suggests that it would be good to reform them by following its neighbors' examples (Court of Auditors' report on the Social Security).

2. DES INÉGALITÉS PERSISTANTES

La santé bucco-dentaire est un domaine de fortes inégalités sociales. Elles concernent à la fois l'état de santé dentaire (Dye, 2015), la probabilité de recours au chirurgien-dentiste (fig. 6) et le renoncement aux soins dentaires (fig. 7 à 10). Ces inégalités peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux socialement marqués (hygiène dentaire, alimentation...), mais aussi par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, la couverture d'une complémentaire santé et son niveau de remboursement. Les études montrent que, dans tous les pays occidentalisés, les personnes ayant souscrit à une assurance privée sont plus susceptibles de consulter leur chirurgien-dentiste que les personnes n'en disposant pas (fig. 11).

2. PERSISTENT DISPARITIES

Oral health is a sector of strong social inequities. They involve at the same time people's dental condition (Dye, 2015), probabilities to go to the dentist's (fig. 6) and dental care renunciation (fig. 7, 8, 9 and 10). These disparities can be explained by socially marked behavioral factors (dental hygiene, food habits), but also by a more or less easy access to healthcare according to the level of income, the coverage provided by supplemental health insurance plans and their reimbursement level. Studies show that in all the western countries, people having purchased a private insurance may consult their dental surgeon more often than people with no private insurance (fig. 11).

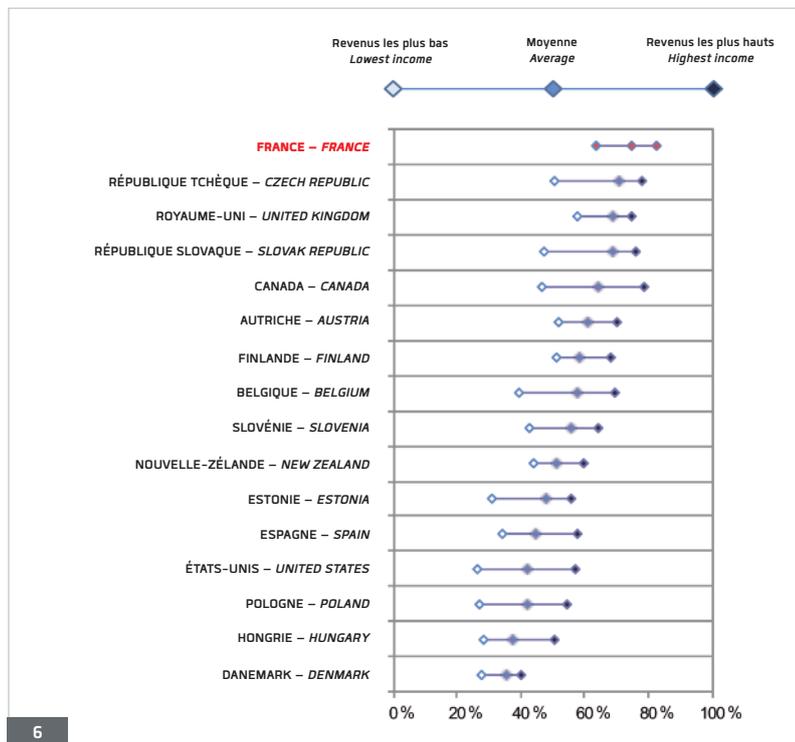


Fig. 6. Probabilité d'une consultation de dentiste au cours des douze derniers mois, par niveau de revenu, 16 pays de l'OCDE, 2009 (ou année la plus proche). Source : Devaux et Looper, 2012.

Fig. 6. Probability of a dental consultation over the last 12 months according to income levels in 16 OECD countries, 2009 (or closest year). Source: Devaux and Looper 2012.

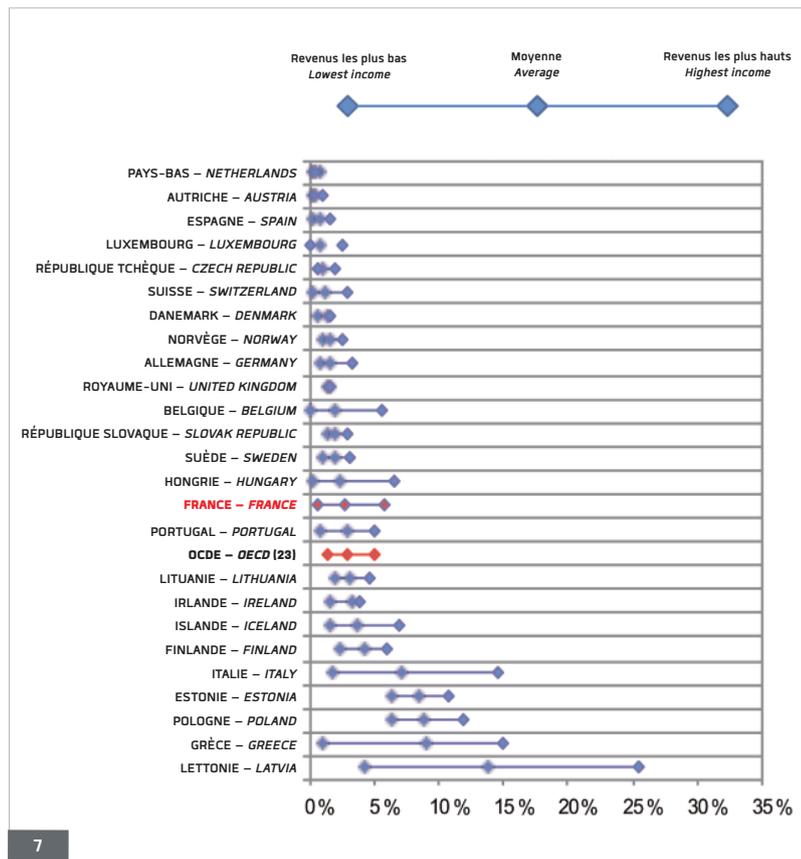


Fig. 7. Renoncement aux examens médicaux, par niveau de revenu, 2013. Source : EU-SILC 2013.

Fig. 7. Renunciation to medical exams according to income levels, 2013. Source: EU-SILC 2013.

Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.

Note: Unmet needs of care due to financial reasons, geographic distance or wait time to get an appointment.

7

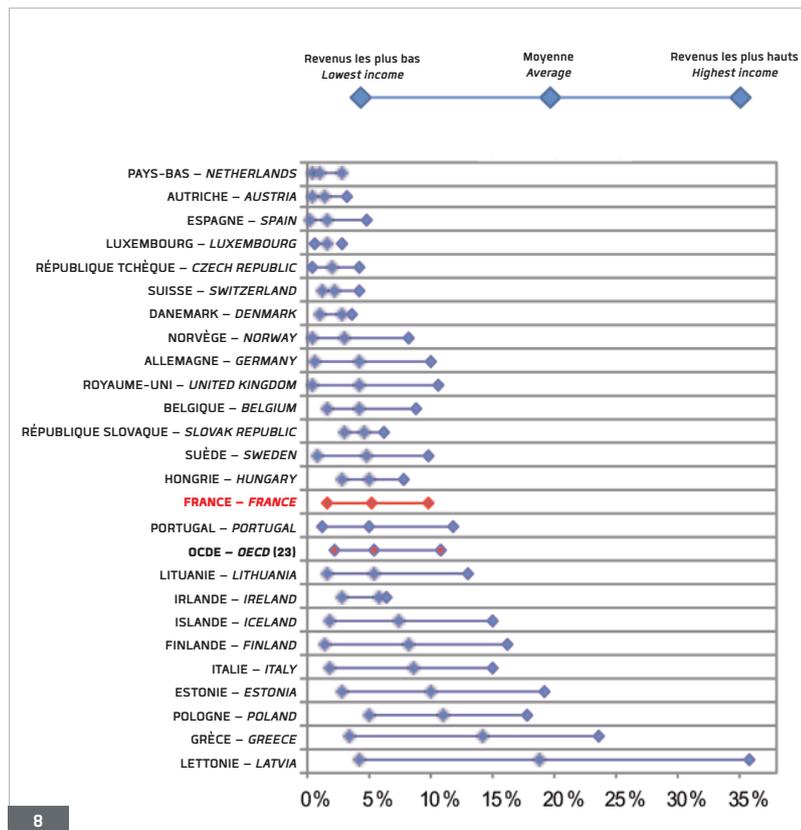


Fig. 8. Renoncement aux soins dentaires, par niveau de revenu, 2013. Source : EU-SILC 2013.

Fig. 8. Renunciation to dental care according to income levels, 2013. Source: EU-SILC 2013.

Note : Besoins en soins non satisfaits pour des raisons de coût, d'éloignement, ou de temps d'attente.

Note: Unmet needs of care due to financial reasons, geographic distance or wait time to get an appointment.

8

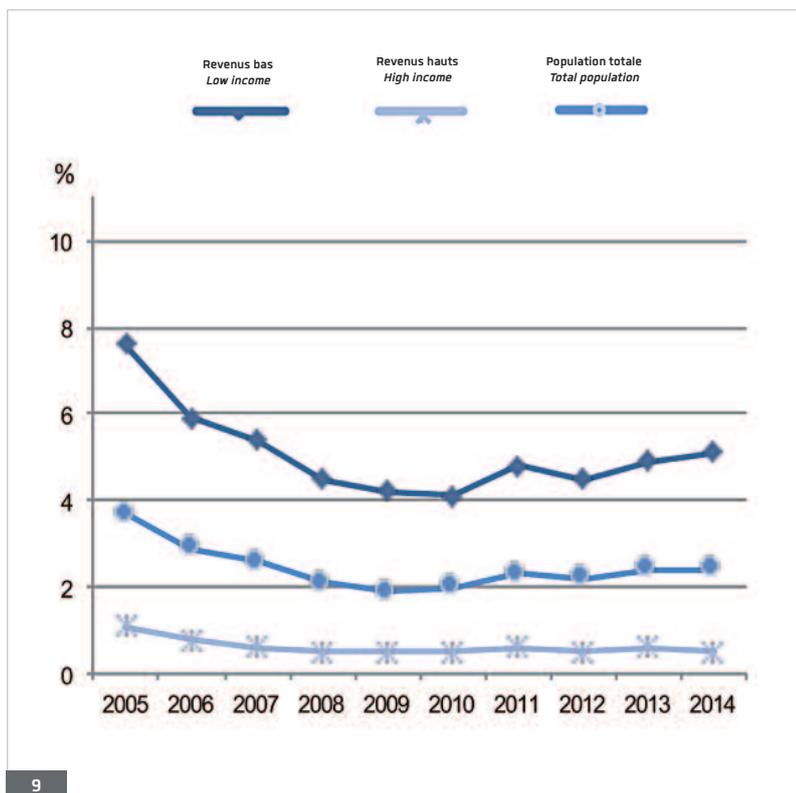


Fig. 9 et 10. Évolution des renoncements aux examens médicaux et soins dentaires dans tous les pays d'Europe, 2005 à 2014. Source: Eurostat Database.

Fig. 9 and 10. Evolution of renunciation to medical exams and dental care in all the European countries between 2005 and 2014. Source: Eurostat Database.

Fig. 9. Évolution des renoncements aux examens médicaux dans tous les pays d'Europe, 2005 à 2014.

Fig. 9. Evolution of renunciation to medical exams in all European countries between 2005 and 2014.

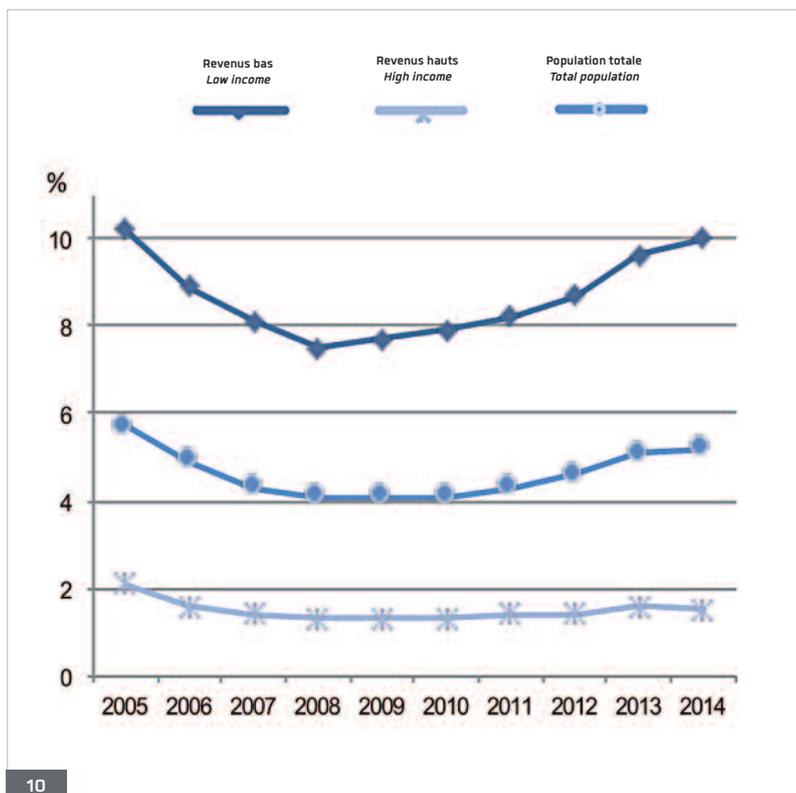


Fig. 10. Évolution des renoncements aux soins dentaires dans tous les pays d'Europe, 2005 à 2014.

Fig. 10. Evolution of renunciation to dental care in all European countries between 2005 and 2014.

9

10

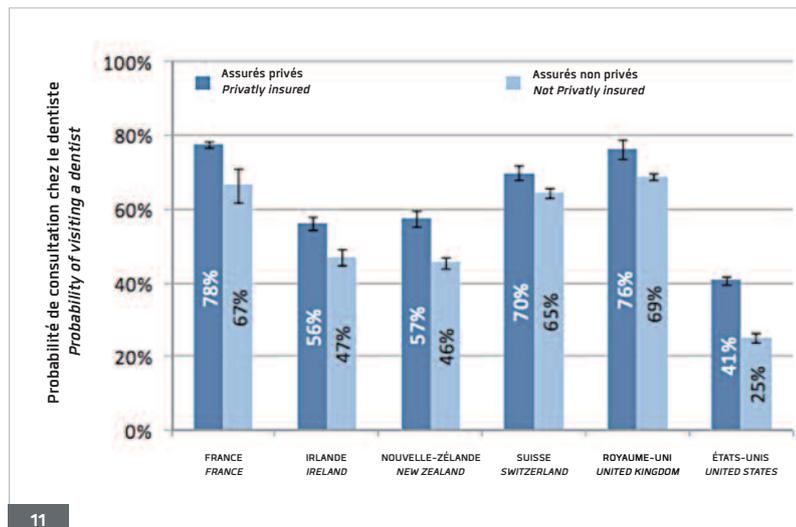


Fig. 11. Inégalité dans la probabilité de consultation du chirurgien-dentiste en fonction de la couverture maladie privée. Source : National Population-Based Surveys.

Fig. 11. Inequalities in the probability to consult a dental surgeon according to private health insurance. Source: National Population-Based Surveys.

2.1. LES BARRIÈRES D'ACCÈS SELON LEUR NATURE

La couverture complémentaire publique est appelée CMU-C. Elle permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs, ainsi que les soins prothétiques du panier de soins, pour les individus les plus défavorisés. Les tarifs des soins prothétiques du panier de soins CMU-C sont plafonnés à un tarif maximum, fixé par décret et pris en charge intégralement par cette assurance. Malgré ces dispositions, les soins dentaires constituent le premier poste de renoncement aux soins pour raisons financières en France : 18 % de la population française a déclaré avoir renoncé à des soins dentaires en 2012 (Célant et coll., ESPS, 2012). Ce phénomène est d'autant plus pénalisant qu'il constitue un facteur de mauvais état de santé bucco-dentaire et est associé à l'absence de recours préventif (Azogui-Lévy et Rocherau, 2005).

La barrière financière d'accès aux soins dentaires est la plus importante et la plus difficile à franchir. Ce constat est largement documenté, en particulier en Amérique du Nord et en Scandinavie (Raynaud, 2005 ; Grignon, 2010 ; Dourgnon et coll., 2012 ; Wamala et coll., 2006 ; Thompson et coll., 2014).

Cette barrière est constituée de tout ce qui concourt au pouvoir d'achat des individus. Cela peut venir de l'offre de soins (à travers la fixation des prix) ou de la solvabilité de la demande (revenu disponible et couverture santé complémentaire). Des revenus élevés permettent d'augmenter le recours aux soins dentaires, ne serait-ce que par l'accès facilité à l'assurance privée (Boyle, 2011 ; Grembowski, 1985 ; Niiranen, 2008). En Finlande, par exemple, une augmentation du revenu de 10 % s'est accompagnée d'une augmentation du nombre total de visites chez le dentiste de 6.3 % (Nguyen, 2006). Le rôle de la couverture santé complémentaire va dans le même sens : en augmentant la solvabilité du patient, la couverture lui permet d'augmenter son recours aux soins. Aux États-Unis, Grembowski et coll., avaient déjà montré en 1985 que le fait de bénéficier d'une couver-

2.1. ACCESS BARRIERS ACCORDING TO THEIR NATURE

The public supplemental insurance plan is called CMU-C. It provides complete coverage of conservative treatments and of prosthetic care included in the "basket of dental care", for the most disadvantaged population groups. The prices of prosthetic care included in the CMU-C basket of dental care are capped to a maximum price list, set by decree and entirely covered by this insurance. In spite of these provisions, dental care is the first sector affected by care renunciation for financial reasons in France: 18% of the French population acknowledged having given up dental treatment in 2012 (Célant et al., ESPS, 2012). This trend is even more penalizing since it results in a factor of poor oral health and is associated with a lack of preventive consultations (Azogui-Lévy and Rocherau, 2005).

The financial access barrier to dental care is the most important and the most difficult to cross. This fact is widely documented, particularly in North America and in Scandinavia (Raynaud, 2005; Grignon, 2010; Dourgnon et al., 2012; Wamala et al., 2006; Thompson et al., 2014).

This barrier is related to people's purchasing power. It may come from the delivery of dental care (through the price setting) or from the demand's solvency (disposable income and complementary health insurance). High incomes result in an easier access to dental treatment, due in any case to private insurance plans (Boyle, 2011; Grembowski, 1985; Niiranen, 2008). In Finland for example, a 10% increase in the income is associated to a 6.3% increase in the total number of dental consultations (Nguyen 2006). The role of complementary health insurance plans goes in the same direction: by increasing the patient's solvency, the insurance plan allows him/her to increase his/her own access to care. In the USA, Grembowski and al., had already shown in

ture santé complémentaire augmente la probabilité d'utilisation des services de soins dentaires de 6 %. De même, plus le prix des soins est élevé, moins ces soins sont accessibles. Le prix des soins est associé au renoncement aux soins dentaires à cause de l'importance du niveau de dépense exigé (Grignon, 2010).

La barrière géographique est un élément important également. Les départements les moins riches disposent de densités de dentistes extrêmement faibles, ce qui suppose des coûts de transports importants pour accéder aux soins et des délais d'attente de rendez-vous très allongés...

Enfin, les barrières culturelles peuvent expliquer les comportements des patients et les préférences de santé, qui conduisent les plus riches, par un accès éducatif facilité à des connaissances en santé orale, à adopter des stratégies préventives tandis que les plus pauvres ont tendance à consulter tardivement ou en urgence (Croccombe, 2011 ; Allin, 2010 ; Despres, 2011).

2.2. DES RISQUES DE DÉRIVES...

Certains Français, faute de moyens financiers ou de prise en charge suffisante, se tournent dorénavant vers d'autres alternatives : les centres de santé conventionnés aux tarifs plafonnés, dits à bas prix ou low cost en France, ou vers le tourisme médical à l'étranger, qui tend à se développer de plus en plus. Ils choisissent ainsi la Hongrie, la Roumanie ou l'Espagne pour bénéficier de frais dentaires à moindre coût (tarifs de 40 à 60 % inférieurs à ceux pratiqués en France), donnant droit à la participation de l'Assurance maladie. Toutefois, les prestations ne sont pas toujours à la hauteur des attentes des usagers et des centres, tel Dentexia, ont récemment dû fermer leurs portes pour des pratiques jugées contraires à l'éthique de la profession.

3. TRAVAUX DE RECHERCHE EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ APPLIQUÉE À L'ODONTOLOGIE

Plusieurs travaux publiés ou en cours de publication ont été menés par des chercheurs en économie de la santé et santé publique bucco-dentaires. Leur sujet concerne respectivement le recours aux soins, la fixation des prix prothétiques, les barrières et les spécificités de l'accès aux soins dentaires des populations vulnérables.

3.1. COMPORTEMENTS DE RECOURS AUX SOINS ET SANTÉ BUCCO-DENTAIRE : L'EFFET DU RENONCEMENT AUX SOINS DENTAIRES (Azogui-Lévy et Rochereau)

Les individus qui renoncent à se soigner sont ceux pour qui l'effort financier est important parce que leurs revenus sont modestes ou qu'ils ne possèdent pas de couverture complémentaire.

Le renoncement aux soins est d'autant plus important, à capacité financière identique, que l'état de santé est dégradé (ce qui implique des soins

1985 that purchasing a complementary health insurance plan increases to 6% the probability to use health services for dental care. The higher the prices of treatment, the less affordable they are. Prices for dental care obviously result in renunciation since they induce considerable expenses (Grignon, 2010).

The geographical barrier is also an important factor. Less affluent areas have very few dental offices; transportation is thus an additional cost and getting an appointment may be very long and difficult...

Finally, "cultural barriers" can explain the patients' behaviors and "health preferences" which lead the wealthiest, who have a better knowledge in oral health thanks to their education, to adopt preventive strategies whereas the less privileged tend to consult late or in case of emergency (Croccombe, 2011, Allin, 2010, Despres, 2011).

2.2. FURTHER PROBLEMS TO COME...

For financial reasons or insufficient health coverage, some French people now turn to alternatives: state-owned health centers with capped prices, called "low-cost" centers in France, or medical tourism abroad which is a growing trend. They travel to Hungary, Romania or Spain to get low-cost dental care (prices there are 40% to 60% lower than prices in France) and are entitled to the Health Insurance contribution. However, dental procedures performed in those countries do not always live up to patients' expectations and centers such as Dentexia were closed recently for unethical practices.

3. RESEARCH WORKS IN HEALTH ECONOMICS APPLIED TO ODONTOLOGY

Several studies already or about to be published have been conducted by researchers in health economics and in public oral health. They respectively deal with the access to care, the setting of prosthetic prices, the barriers and the peculiarities of the access to dental care for vulnerable populations.

3.1. BEHAVIORS IN THE ACCESS TO ORAL HEALTH AND DENTAL CARE: IMPACT OF RENUNCIATION TO DENTAL TREATMENT (Azogui-Lévy and Rochereau)

People who give up taking care of themselves cannot afford dental treatment because their wages are low or because they do not have any supplementary insurance plan.

Renunciation to dental care is still greater, in identical financial situations, when health status is poor (and thus

nécessaires importants). À état de santé et revenu identiques, le renoncement aux soins augmente quand le niveau d'études baisse, ce qui traduit sans doute une demande de soins et de réhabilitation différente selon le statut socio-économique de l'individu. Quel que soit le niveau de revenu, les personnes qui recourent aux soins déclarent plus fréquemment y avoir renoncé. Les renoncements aux soins pour raison financière ont donc lieu aussi en cours de soins et ne sont pas seulement l'expression d'un non-recours.

Les personnes ayant déclaré un renoncement ont ainsi plus de risque de déclarer au moins une dent manquante non remplacée et plus de risque de déclarer un mauvais état de santé bucco-dentaire. Le renoncement aux soins semble donc être un facteur de dégradation de la santé bucco-dentaire.

3.2. L'EXEMPLE DES SENIORS DE PLUS DE 60 ANS POUR MESURER LES INTERACTIONS ENTRE LES FREINS INDIVIDUELS ET CONTEXTUELS DANS L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES (Exploitation de l'enquête HSM) (Lupi-Pégurier et coll.)

Le contexte socio-économique est un déterminant reconnu du recours aux soins dentaires. L'effet du revenu médian de la population et de la densité de chirurgiens-dentistes (CD) au niveau départemental a été étudié, en tenant compte d'un ensemble de facteurs socio-économiques et démographiques identifiés au niveau individuel sur l'accès aux soins dentaires et la santé bucco-dentaire déclarée.

Les données étaient issues de l'enquête nationale Handicap Santé-Ménages (HSM) menée en 2008 (Pichetti, 2008). L'étude se concentrait sur 9 233 individus âgés de 60 ans et plus. Des modèles multinationaux ont été utilisés pour étudier les relations entre les différents déterminants du recours au CD et la densité professionnelle.

Un faible revenu et l'absence de couverture complémentaire sont significativement associés au fait de n'avoir pas consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année écoulée, révélant ainsi un accès aux soins dentaires très inégal. Le rôle du lieu d'habitation est confirmé (vivre dans un quartier favorisé tend à accroître la probabilité de consulter un dentiste). Il apparaît donc important de prendre en compte à la fois les caractéristiques individuelles des seniors, mais aussi les variables contextuelles liées à l'offre de soins dentaires.

La densité de CD (mesurée au niveau départemental) est un facteur significativement associé à l'accès aux soins dentaires : une faible densité de praticiens serait plus préjudiciable aux sujets défavorisés qu'aux seniors plus aisés.

L'effet de l'accroissement de la densité de CD offre un nouvel argument dans le débat autour d'une répartition géographique plus équitable des praticiens, en vue d'en améliorer l'accès aux soins et l'état de santé bucco-dentaire des sujets âgés. Ceci est renforcé par le fait que l'augmentation de

requires extensive care). In cases of identical health status and income, renunciation to care increases when the level of education is low, surely reflecting a demand for care and rehabilitation that might vary according to the socioeconomic status. Whatever the level of income, people who ask for care are more likely to acknowledge that they have given up. Renunciation to care for economic reasons also occurs during treatment and does not only reflect a pure refusal.

As a consequence, people who have acknowledged that they have given up on health care are more likely to say that they have at least one missing tooth and a poor oral health. Renunciation to care thus seems to be a factor of degradation of oral health.

3.2. ELDERLY PEOPLE OVER 60 TAKEN AS A SAMPLE TO ASSESS INTERACTIONS BETWEEN INDIVIDUAL AND CONTEXTUAL BARRIERS IN THE ACCESS TO DENTAL CARE (Based on HSM survey) (Lupi-Pégurier et al.)

Socio-economic context is an acknowledged determinant in the access to dental treatment. The effect of the population median income and the density of dental surgeons (DS) within each "département" (region of France) was studied according to a set of socioeconomic and demographic factors identified at an individual level concerning the access to dental care and the reported oral health.

Data came from the HSM national survey (Handicap, Health, Households) conducted in 2008 (Pichetti, 2008). The study focused on 9 233 individuals aged over 60 years. Multilevel models were used to study the relationships between the various determinants of the access to DS and the density of dental professionals.

Low wages and lack of supplementary health insurance plan often explained why some people had not consulted a dental surgeon in the year before the survey, and this reveals a very uneven access to dental care. As mentioned before, the place of residence also plays an important role (living in a privileged neighborhood tends to increase the probability of dental consultation). It thus seems important to take into account simultaneously the individual characteristics of elderly people, but also the background variables connected to dental care facilities. The density of DS (assessed in each "département"/region of France) is often related to the access to dental care: a low density of practitioners might prejudice disadvantaged people more than wealthier seniors.

The effect of a higher density of DS must be taken into account to generate a fairer geographical distribution of practitioners as well as to improve elderly people access to care and oral health status. Moreover, it has been proven that a greater use of dental care generates

la consommation de soins dentaires s'accompagne bien d'une amélioration du résultat global de santé dentaire des seniors : l'accroissement de la densité de praticiens ne peut donc pas être considéré comme une simple « demande induite », qui correspondrait à un gaspillage et ne bénéficierait qu'aux praticiens.

3.3. CARACTÉRISTIQUES DE LA FIXATION DES PRIX DE PROTHÈSE PAR LES CHIRURGIENS-DENTISTES (Bas et coll.)

Dans un marché de concurrence de biens ou des services privés, la fixation des prix est le résultat de l'entente équilibrée de l'offre et de la demande du bien en question. Dans le cadre de notre étude, le service est un soin. C'est cela qui rend imparfait le fonctionnement du marché.

Le producteur est le chirurgien-dentiste, et le savoir qu'il détient lui permet d'établir la nature et la quantité des soins que son patient doit recevoir. Le patient, bien que de mieux en mieux informé, doit s'en remettre à l'expertise du soignant. Il aura des difficultés à faire jouer la concurrence car le besoin de soins et de recouvrer la santé peut être urgent.

Nous sommes donc dans un marché dissymétrique : les forces en présence ne sont plus équilibrées. D'un marché en concurrence, on se rapproche d'un système où les soignants seraient en situation de monopole. Évidemment, les patients restent rationnels, ils ont un libre choix du praticien, sont libres de « consommer » ou non et ont ainsi un pouvoir sur la fixation des prix. Le revenu du chirurgien-dentiste est constitué d'un paiement à l'acte. Pour fixer les prix des actes prothétiques, le chirurgien-dentiste va devoir prendre en compte ses coûts de fonctionnement, les prix de la concurrence, la densité de la concurrence, la taille de sa patientèle, la solvabilité de sa patientèle (notamment la propension à payer de chacun), ainsi que le temps qu'il veut consacrer au travail, son revenu-cible mais aussi ses convictions éthiques.

3.4. ÉTAT DE SANTÉ ET SUIVI BUCCO-DENTAIRE SELON LE STATUT DIABÉTIQUE (Exploitation de l'enquête ESPS 2008) (Azogui-Lévy et coll.)

Le diabète mal contrôlé entraîne des complications sévères, dont la maladie parodontale, affection orale entraînant la perte des dents. Les diabétiques bénéficient en France d'une prise en charge facilitée. On observe des inégalités sociales en santé orale et dans le diabète. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques sociales associées à l'état de santé et au recours aux soins dentaires des personnes diabétiques à partir de l'Enquête Santé Protection sociale (ESPS, 2008) et de les comparer aux personnes non diabétiques.

ESPS est une enquête représentative de la population française. Les données de santé et de recours aux soins proviennent d'un autoquestionnaire

a better dental health in elderly people: indeed, increasing the density of dental surgeons cannot be considered as a simple "induced demand" which would result in a waste and benefit practitioners only.

3.3. SPECIFICITIES OF PRICE SETTING FOR PROSTHESIS BY DENTAL SURGEONS (Bas et al)

In a competitive market of goods or private services, price setting is the result of a balance between demand and supply for a specific product. In our study however, services refer to care. That's what hinders the proper functioning of the market.

The supplier is the dental surgeon, the knowledge he/she holds allows him/her to define the nature and the amount of care he/she must provide to a patient. Although increasingly well informed, the patient must rely on the practitioner's expertise. He/she will not necessarily think in terms of competition because the need for care may be urgent and he/she is certainly eager to recover.

We are thus in an asymmetrical market: there is no more balance between the operating forces. From a competing market, we get closer to a system where healthcare professionals have a monopoly position. Of course, patients are still sensible: they can freely choose their practitioner, are free "to consume" or not and can thus influence the price setting. Dental surgeons' income is based on a "fee for service" system. To set the prices for prosthetic procedures, dental surgeons must take into account their functioning costs, their competitors' prices, the competition density, the size of their patient pool, the solvency of their patient pool (and particularly the propensity to pay for each patient) as well as the amount of time they want to spend at work, their income-target but also their ethical convictions.

3.4. DENTAL HEALTHCARE STATUS AND FOLLOW-UP ACCORDING TO DIABETES: DATA FROM THE 2008 ESPS SURVEY (Azogui-Lévy et al.)

Poorly controlled diabetes can generate severe complications among which periodontal disease, an oral affection resulting in tooth loss. In France, specific care is provided to diabetics. We can observe social inequalities in oral health and in diabetes. The purpose of this work is to study the social specificities related to health status and access to dental treatment for people with diabetes through the Health Social Protection Survey (ESPS) conducted in 2008) and to compare them with non-diabetics.

ESPS is a representative survey of the French population. Data on health and access to care come from a self-questionnaire given to all household members older than 16. This study is restricted to people

proposé à tous les membres des ménages de 16 ans ou plus. Cette étude est restreinte aux personnes âgées de 35 ans et plus (12 082) ayant renseigné leur autoquestionnaire santé (8 961). Le diabète est défini par sa déclaration ou par la prise d'un traitement. L'état de santé orale est estimé par la perception de sa santé dentaire et le nombre de dents absentes non remplacées. Le recours aux soins est mesuré par la déclaration d'une visite dans les deux ans. Les indicateurs sociodémographiques sont recueillis.

Nos résultats montrent que la prévalence du diabète est de 7,2 % (648). Les personnes diabétiques ont un moins bon état dentaire déclaré (43 % vs 27 % - OR = 1,220 IC 95 % [1,012-1,470]). Les facteurs sociaux sont associés à l'état de santé dentaire et celui des personnes précaires est plus dégradé. L'effet du niveau de précarité sur la santé dentaire est équivalent pour les diabétiques et les non-diabétiques ($p = 0,918$). Le recours à un dentiste concerne 73 % des personnes : les personnes diabétiques consultent moins que les personnes non diabétiques (62 % vs 74 %), mais cette différence n'est pas significative (OR = 0,864 IC 95 % [0,717-1,042]). Le recours est associé aux facteurs sociaux et les personnes précaires recourent moins, y compris les diabétiques. L'effet du niveau de précarité sur le recours est équivalent dans les deux populations, diabétiques ou non ($p = 0,988$).

Cette étude pose la question du suivi dentaire des diabétiques, particulièrement pour les populations vulnérables, malgré une prise en charge facilitée des soins.

3.5. EFFETS DE LA DÉPENDANCE SUR L'ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES ET SUR LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES SENIORS (Exploitation des enquêtes HSM et HSI) (Lupi-Pégurier et coll., Thiebaud et coll.)

Le recours aux soins bucco-dentaires a été étudié pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui vivent encore dans leur domicile. Si les limitations fonctionnelles (plus particulièrement les difficultés physiques de déplacement) et les altérations cognitives constituent bien un frein au recours aux soins dentaires chez les personnes âgées, il semble intéressant de hiérarchiser leurs impacts respectifs en les comparant à celles du recours au médecin généraliste.

Le questionnaire a concerné 9 233 personnes âgées de 60 ans et plus, représentatives de la population française du même âge, issues de l'enquête HSM. L'état de santé, l'environnement sociofamilial, les ressources et les caractéristiques des situations de handicap et de dépendance. Les freins identifiés du recours au chirurgien-dentiste chez les seniors (facteurs cognitifs, facteurs de mobilité et autres) ont été ordonnés par des modèles *averaging*.

Parmi les 59,7 % des seniors qui ne consultent pas leur chirurgien-dentiste, ce sont les limitations fonctionnelles qui expliquent le plus souvent l'absence de recours (Relative Variables Importance > 0,99). Lorsque des troubles cognitifs sont présents, ils semblent impacter encore plus le non-recours aux soins dentaires.

aged 35 and more (12 082) having completed the health self-questionnaire (8 961). Diabetes is defined because it has been reported or because it is treated. Oral health status is assessed by the self-perception of one's dental health and the number of non-replaced missing teeth. Proper access to care is measured by the statement of one dental consultation in 2 years. Socio-demographic indicators are collected.

Our results show that prevalence of diabetes is 7.2% (648). Diabetics have reported a poorer dental status (43% vs 27% - OR = 1.220 IC 95% [1.012-1.470]). Social factors are associated to dental health status and people in precarious situations have a poorer dental status. According to its level, precariousness has the same impact on dental health among diabetics and non diabetics ($p = 0.918$). Dental visits concern 73% of the participants: diabetics consult less frequently than non-diabetics (62% vs 74%), but this difference is not significant (OR = 0.864 IC 95% 0.717-1.042)]. Dental consultations relate to social factors and people in precarious situations consult less frequently, including diabetics. According to its level, precariousness has the same impact on the consultation frequency in both populations, diabetic or not ($p = 0.988$).

The study highlights the issue of dental follow-up of diabetic patients, particularly among vulnerable populations, in spite of a simplified health care coverage.

3.5. EFFECTS OF DEPENDENCY ON THE ACCESS TO DENTAL CARE AND ORAL HEALTH AMONG ELDERLY PEOPLE

(Data from HSM and HSI)

(Lupi-Pégurier et al.; Thiebaud et al.)

Access to oral care was studied among the functionally dependent seniors still living at home. If functional limitations (and more specifically physical difficulties to move and cognitive alterations) do hinder the access to dental treatment for elderly people, it seemed interesting to classify their respective impacts with regard to the access to a general practitioner.

The questionnaire included 9 233 elderly people aged 60 and older, representative of the same age French population, coming from the HSM survey. Health status, socio-family environment, financial means and specificities of handicap and dependency situations. Identified barriers hindering the access to dental surgeons among seniors (cognitive factors, reduced mobility and other factors) were listed by averaging models.

Among the 59.7% of seniors who do not go to the dentist's, functional limitations explain in most cases the absence of care (Relative Variables Importance > 0.99). When cognitive disorders exist, they seem to impact even more the lack of dental treatment.

Puisque les troubles cognitifs impactent fortement le recours au chirurgien-dentiste, il serait souhaitable de mieux informer les aidants sur l'importance de la santé orale des seniors, pour ceux vivant à domicile.

L'effet de la vie en institution a été étudié en comparant les bases de données HSM et HSI (Handicap Santé-Institution) par une stratégie de correction par appariement (Propensity Score Matching). Il apparaît que la probabilité de recours au chirurgien-dentiste est diminuée d'un quart lorsque les personnes sont institutionnalisées.

3.6. VÉRIFICATION DE LA VALIDITÉ DES DONNÉES DÉCLARATIVES (Lupi-Pégurier et coll.)

Afin de confirmer la validité des données déclaratives, il était intéressant de les comparer aux données « objectivées » par les remboursements de l'Assurance maladie. De plus, l'analyse en deux temps par un modèle de sélection de Heckman a permis l'analyse de la dépense et des déterminants du montant de ces dépenses en soins dentaires chez les sujets âgés.

Les résultats confirment que le renoncement aux soins dentaires dépend à la fois du besoin en soins, de la représentation que les individus se font de leur santé orale et de leurs capacités financières. Plus les problèmes de santé sont importants, plus la probabilité de renoncer à ces soins est élevée. Plus un individu portera d'attention à sa santé bucco-dentaire, plus il aura tendance à déclarer des renoncements (les femmes disent renoncer aux soins plus que les hommes alors qu'elles consomment plus). Ceux pour qui l'effort financier est important renoncent aux soins dentaires, soit parce que leurs revenus sont trop faibles, soit parce qu'ils ne disposent pas d'une couverture complémentaire apte à solvabiliser la dépense.

CONCLUSION

De par ces nombreuses particularités, tant au niveau de son financement, de sa mise en application, de sa protection sociale et de son hétérogénéité au niveau européen, le secteur dentaire français est un sujet riche et passionnant à analyser et à comprendre, notamment en termes économiques, afin de réduire les inégalités persistantes qui le caractérisent. Les différents travaux de recherche présentés dans cet article ne représentent qu'une partie des possibilités des recherches existantes sur ce sujet, qui ne demandent qu'à être poursuivies et approfondies.

Since cognitive disorders have a strong impact on dental consultations, it is recommended that caregivers insist on the importance of a good oral health when seniors still live at home.

Indeed, repercussions due to living in retirement homes were studied by comparing HSM and HIS databases (Handicap- health – Institution) through Propensity Score Matching. It seems that the probability of going to the dentist's is decreased by a quarter when people live in retirement homes.

3.6. CHECKING THE VALIDITY OF "SELF-ASSESSED" DATA

(Lupi-Pégurier et al.)

To confirm the validity of those "self-assessed" data, it was interesting to compare them with data "objectified" by Health Insurance reimbursements. Moreover, the two-step analysis using a Heckman selection model allowed to analyze the expenses and the determiners of the amount of these expenses in dental treatment for elderly people.

Results confirm that renunciation to dental treatment is linked to the need in dental care, to people's own perception of their oral health and to their financial capacities. The greater the health problems, the more likely it is to give up dental care. The more a person pays attention to his/her oral health, the more he/she will tend to say the contrary (women say they give up dental care more frequently than men while they actually go more often to the dentist's). Those for whom the financial effort is important give up dental treatment either because their income is too low or because their supplemental insurance plan cannot properly cover the expenses.

CONCLUSION

With its numerous peculiarities due to its financing, its modalities, its social protection and its heterogeneity within Europe, the French dental sector is a rich and fascinating subject to analyze and to understand, particularly from an economic point of view, in order to reduce the persistent inherent disparities. The various research works presented in this article only show a part of the possibilities highlighted by the existing studies on the topic, which only need to be pursued and developed.

Traduction : Marie Chabin

BIBLIOGRAPHIE

LE SYSTEME DE SANTE FRANÇAIS – PUG. www.pug.fr

DEVAUX M. et DE LOOPER M. – Income-related inequalities in health service utilisation in 19 OECD countries, 2008–2009. 2012.

COLLET M. et SICART D. – La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Un exercice de projection au niveau national. *Études et Résultats*, DREES, 2007, vol. 595.

DEVAUX M. – Income-related inequalities and inequities in health care services utilisation in 18 selected OECD countries. *The European Journal of Health Economics*, 2015, vol. 16, no 1, p. 21–33.

AZOGUI-LEVY S. et ROCHEREAU T. – Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire : Exploitation de l'enquête « santé et protection sociale » 2000. *Questions d'économie de la santé*, 2005, no 94, p. 1–8.

PARIS V., HEWLETT E., AURAAEN A., et al. – Health care coverage in OECD countries in 2012. 2016.

KRUTILOVÁ V. – Cost sharing of patients for health care-forms, extent, impact. 2013. Thèse de doctorat. Masarykova univerzita.

RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES sur la Sécurité sociale. – Chapitre VI : Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. 2016.

CÉLANT N., GUILLAUME S., et al. – Institut de recherche et documentation en économie de la santé (France). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*. Paris : IRDES, 2014.

DYE BA., THORNTON-EVANS G., LI Xi., et al. – Dental caries and tooth loss in adults in the United States, 2011–2012. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2015.

RAYNAUD D. – Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance complémentaire. *Études et résultats*, 2005, vol. 378.

DOURGNON P., JUSOT F., et FANTIN R. – Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie publique/Public economics*, 2012, no 28–29, p. 123–147.

GRIGNON M., HURLEY J., WANG Li., et al. – Inequity in a market-based health system: Evidence from Canada's dental sector. *Health Policy*, 2010, vol. 98, no 1, p. 81–90.

WAMALA S., MERLO J., et BOSTRÖM G. – Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: the Swedish National Surveys of Public Health 2004–2005. *Journal of epidemiology and community health*, 2006, vol. 60, no 12, p. 1027–1033.

THOMPSON B., COONEY P., LAWRENCE H., et al. – Cost as a barrier to accessing dental care: findings from a Canadian population-based study. *Journal of public health dentistry*, 2014, vol. 74, no 3, p. 210–218.

BOYLE S. – United Kingdom (England). *Health Systems Review*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2011.

GREMBOWSKI D., CONRAD D., et MILGROM P. – Utilization of dental services in the United States and an insured population. *American journal of public health*, 1985, vol. 75, no 1, p. 87–89.

NIIRANEN T., WIDSTRÖM E., et NISKANEN T. – Oral Health Care Reform in Finland—aiming to reduce inequity in care provision. *BMC Oral Health*, 2008, vol. 8, no 1, p. 3.

NGUYEN L. et HÄKKINEN U. – Choices and utilization in dental care. *The European Journal of Health Economics*, 2006, vol. 7, no 2, p. 99–106.

CROCOMBE LA., BROADBENT JM., THOMSON W., et al. – Dental visiting trajectory patterns and their antecedents. *Journal of public health dentistry*, 2011, vol. 71, no 1, p. 23–31.

ALLIN S., GRIGNON M., et LE GRAND J. – Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications?. *Social science & medicine*, 2010, vol. 70, no 3, p. 465–472.

DESPRÉS C., DOURGNON P., FANTIN R., et al. – Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Irdes. Questions d'économie de la santé*, 2011, vol. 170.

LUPI-PÉGURIER L., CLERC I., ABU-ZAINEH M., PARAPONARIS A., VENTELOU B. – Density of practitioners and access to dental care for the elderly. A multilevel analysis with a view on socioeconomic inequality. *Health Policy*, 2011, 103 (2–3):160–7.

BAS AC., AZOGUI-LEVY S., WITWER J. – Dépenses et accès aux soins dentaires en France. *Congrès de la SFSP*, 2015.

BAS AC., AZOGUI-LÉVY S., DOURGNON P., WITWER J. – The role of prices in the dental care recourse. *Congrès de l'EuHea*, 2015.

AZOGUI-LÉVY S. et ROCHEREAU T. – Dental health and dental care according diabetic status: results from 2008 ESPs study. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 2014, vol. 62, no 6, p. 329–337.

THIEBAUT S., LUPI-PEGURIER L., PARAPONARIS A., VENTELOU B. – Comparaison du recours à un chirurgien-dentiste entre les personnes âgées institutionnalisées et celles vivant à domicile. France, 2008–2009. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* n°7, 5 mars 2013: 60–64.

CLERC-URMES I., VENTELOU B., FUGON L., PARAPONARIS A., LUPI-PEGURIER L. – Use of Dental Services and Disability in the Elderly. *International Association for Dental Research – 90th General Session (Iguaçu)*, 2012.

PICCHETTI S., LENGAGNE P., PENNEAU A., et al. – L'accès aux soins dentaires des personnes en situation de handicap dans l'enquête Handicap Santé Ménages (HSM). 2008.