

# questions

## d'économie de la santé

résultats

### Repères

Un des thèmes de recherche de l'IRDES est le rôle de l'accès aux soins dans la formation des inégalités de santé. Cette question peut s'illustrer de manière spécifique dans le domaine bucco-dentaire, du fait du faible remboursement par l'Assurance-maladie des soins autres que les soins conservateurs. Elle est explorée ici à partir de l'analyse des renoncements aux soins déclarés dans l'enquête santé et protection sociale (ESPS), dont plus de la moitié concerne les soins dentaires. Les données utilisées sont d'une part celles de l'enquête ESPS 2000, d'autre part du chaînage longitudinal des enquêtes, afin de pouvoir mesurer le caractère durable de ces phénomènes de difficultés d'accès aux soins.

### Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire

Exploitation de l'enquête « Santé et protection sociale » 2000

Sylvie Azogui-Lévy (UFR Odontologie Paris VII), Thierry Rochereau (IRDES)

La santé bucco-dentaire est un domaine où l'on observe de fortes inégalités sociales. Elles peuvent s'expliquer par des facteurs comportementaux (hygiène dentaire, alimentation...), mais aussi en partie par un accès aux soins plus ou moins aisé selon le niveau de revenu, l'existence d'une couverture complémentaire et le niveau de remboursement de cette dernière.

Cette étude confirme ce rôle du recours aux soins, en montrant que le renoncement aux soins est un facteur de mauvais état de santé bucco-dentaire, de même que l'absence de recours préventif.

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 nécessaires importants). À état de santé et revenu identiques, le renoncement aux soins augmente avec le niveau d'études, ce qui traduit sans doute une demande de soins et de réhabilitation différente.

Quel que soit le niveau de revenu, les individus qui recourent aux soins déclarent plus fréquemment un renoncement. Les renoncements ont donc lieu aussi en cours de soins et ne sont pas seulement l'expression d'un non-recours.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Maquettiste :  
Franck-Séverin Clérembault

ISSN : 1283-4769

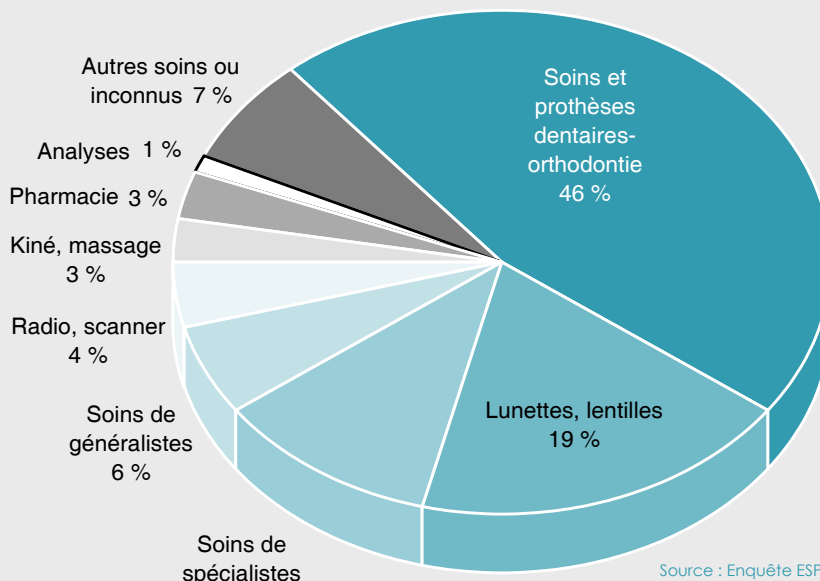
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

### Répartition des motifs de déclaration de renoncement aux soins pour raisons financières en 2000



Source : Enquête ESPS 2000

## Malgré une forte amélioration de l'état de santé bucco-dentaire depuis les années 1970 les inégalités sociales persistent

La santé bucco-dentaire peut être préservée par des gestes préventifs simples. Ainsi, depuis la fin des années 70, l'efficacité des programmes de prévention pour les enfants dans les pays industrialisés, en particulier la promotion de l'utilisation du fluor sous toutes ses formes, a entraîné une baisse remarquable de l'indice carieux à 12 ans (CAOD : ensemble des dents cariées, absentes, obturées). En France, il est passé de 4,2 en 1987 à 1,9 en 1998 [4,6].

Cependant, il subsiste de fortes inégalités sociales en matière de santé bucco-dentaire [1 à 7]. L'indice CAOD est inférieur à 1,5 parmi les enfants de cadres supérieurs et de près de 2,5 parmi les enfants d'ouvriers. 45 % des ouvriers non qualifiés déclarent au moins une dent manquante non remplacée contre 29 % des cadres, selon l'enquête ESPS 2000. Par ailleurs, de nombreuses études montrent la situation particulièrement préoccupante de la santé bucco-dentaire parmi les populations les plus précaires. Ainsi, au-delà de 50 ans, le nombre de dents manquantes non remplacées est en moyenne de 2,7 chez les hommes en population générale, et de 11,7

chez les consultants de centres de soins gratuits [8].

Les inégalités de santé bucco-dentaire se doublent de fortes disparités dans le recours aux soins. Il faut rappeler que ce secteur présente des particularités par rapport au reste des soins, notamment une couverture faible par le régime obligatoire, qui laisse des sommes élevées à la charge des individus, et donc un rôle important de la couverture complémentaire pour solvabiliser la dépense (voir encadré ci-dessous).

### Les déterminants de l'état de santé bucco-dentaire

Dans l'échantillon étudié, issu de l'enquête ESPS 2000, 36 % des individus déclarent au moins une dent manquante non remplacée et 25 % un état de santé bucco-dentaire mauvais ou très mauvais.

### L'avancée dans l'âge et le tabagisme sont facteurs de dégradation de la santé bucco-dentaire

La probabilité de déclarer des dents manquantes non remplacées comme celle de déclarer un mauvais état de santé bucco-dentaire augmente avec l'âge, bien sûr, et aussi avec la consommation de tabac. On retrouve ici un résultat déjà connu

sur l'impact de ces deux facteurs. Des études longitudinales ont, par exemple, démontré que les fumeurs ont 2 à 3 fois plus de chances de développer une maladie parodontale que les non-fumeurs [9,10].

### Renoncement aux soins et absence de recours préventif contribuent également à une dégradation de l'état de santé bucco-dentaire

Les comportements de recours ou de non-recours, mesurés par le recours préventif déclaré et par le renoncement pour raisons financières, ont également un impact très fort sur l'état de santé bucco-dentaire - ressenti aussi bien qu'objectivé par l'existence de dents manquantes non remplacées. Jusqu'à présent, cet impact a été beaucoup moins documenté que celui de l'âge et de la consommation de tabac.

Ainsi, les personnes ayant déclaré un renoncement dans les enquêtes 1996 ou 1992 ont, en 2000, 2,4 fois plus de chances de déclarer au moins une dent manquante non remplacée et 2,5 fois plus de chances de déclarer un mauvais état de santé bucco-dentaire que celles qui n'ont pas déclaré de renoncement en 1996 et 1992. Sur le sous-échantillon pour lequel on dispose à la fois de l'état de santé en 1992 et en 2000 (2 194 individus), on observe que les personnes ayant renoncé aux soins ont, toutes choses égales par ailleurs, 1,8 fois plus de chances d'avoir vu leur état de santé bucco-dentaire se dégrader entre 1992 et 2000.

Les personnes qui ont déclaré un recours au dentiste de manière préventive au cours des douze derniers mois ont également un meilleur état de santé bucco-dentaire, même si l'impact est moins important que celui du renoncement.

En revanche, on n'observe pas de corrélation entre le fait d'avoir effectivement recouru aux soins en 2000<sup>1</sup> et l'état de

### La spécificité des soins dentaires dans le système d'assurance maladie en France

**La première caractéristique** concerne l'offre de soins dentaires qui est en majorité libérale (87 %). Le secteur public ou assimilé est constitué par les services hospitaliers (6 %), les centres de santé municipaux ou mutualistes. L'offre permettant un accès sans avance de frais est donc limité sauf pour les bénéficiaires de la CMU.

**La deuxième caractéristique** relève de la protection sociale. Contrairement à ce qui se passe dans le reste du secteur médical, les soins conservateurs et chirurgicaux, peu coûteux, sont bien remboursés par l'Assurance maladie et les soins de prothèses et d'orthopédie, très coûteux, sont très peu remboursés par l'Assurance maladie, le coût se reportant alors sur un financement privé (assurances complémentaires ou patient lui-même), dont la part représente 55 % en moyenne en dentaire.

La faiblesse des tarifs opposables sur les soins conservateurs est accusée par la profession dentaire d'être à l'origine des tarifs trop élevés des soins prothétiques qui eux ne sont pas opposables. Cette distorsion 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 [7].

La CMU permet la prise en charge intégrale des soins conservateurs et, pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, un panier de soins dentaires prothétiques a été instauré. Les tarifs prothétiques sont plafonnés à un tarif maximum fixé par décret et pris en charge intégralement.

<sup>1</sup> Analysé non pas à partir des déclarations, mais à partir des consommations effectives telles qu'elles sont relevées par l'Assurance maladie, pour les individus pour lesquels on peut apparier ces données de remboursement et les données de l'enquête ESPS (voir encadré « L'enquête ESPS » page 4).

## Modélisation de la probabilité de déclarer un état de santé dentaire dégradé dans l'enquête ESPS en 2000\*

	Présence d'au moins une dent manquante			Etat de santé déclaré mauvais ou très mauvais		
	Odds-ratio	p	Risque relatif	Odds-ratio	p	Risque relatif
<b>Sexe</b>						
Homme	1			1		
Femme	0,9	NS		1,2	p=0,01	1,2
<b>Age</b>						
Age	1,07	p<0,001		1,04	p<0,001	
<b>Couverture complémentaire</b>						
Oui (hors CMU)	1			1		
CMU	1,9	p<0,001	1,6	2	p<0,001	1,7
Non	1,4	p<0,01	1,3	1,5	p<0,01	1,3
<b>Catégorie sociale de la personne de référence</b>						
Agriculteur	1,2	NS		1,6	p<0,01	1,5
Artisan	0,8	NS		1,0	NS	
Cadre	1			1		
Profession intermédiaire	1,2	NS		1,1	NS	
Employé	1,1	NS		1,2	NS	
Ouvrier qualifié	1,4	p<0,01	1,3	1,5	p<0,001	1,4
Ouvrier non qualifié	1,4	p=0,02	1,3	1,8	p<0,001	1,6
<b>Niveau d'éducation</b>						
Primaire ou pas scolarisé	1,2	NS		1,0	NS	
Collège	1			1		
Lycée	0,8	NS		1,2	NS	
Etudes supérieures	0,7	p<0,001	0,8	0,9	NS	
<b>Niveau de revenu par UC</b>						
Faible (< 534 euros)	1,4	p=0,02	1,2	1,1	NS	
Moyen (de 534 euros à 838 euros)	1,1	NS		1,0	NS	
Elevé (> 838 euros)	1			1	NS	
<b>Situation familiale</b>						
Personne seule	0,9	NS		0,9	NS	
Famille monoparentale	1,2	NS		1,4	p=0,05	1,3
Couple	0,8	p=0,01	0,9	0,8	p=0,02	0,8
Couple avec enfant	1			1		
<b>Consommation de tabac</b>						
Non fumeur	1			1		
Ancien fumeur	1,7	p<0,001	1,4	1,4	p<0,001	1,3
Petit fumeur	1,4	p<0,001	1,3	1,7	p<0,001	1,5
Gros fumeur	2,8	p<0,001	2,2	3,5	p<0,001	2,9
<b>Renoncement</b>						
N'a pas renoncé	1			1		
A renoncé uniquement en 2000	2,3	p<0,001	1,8	3,3	p<0,001	2,7
A renoncé en 1992 ou 1996	3,2	p<0,001	2,4	3	p<0,001	2,5
Non renseigné 1 fois et pas de renoncement l'autre fois	1,1	NS		1,0	NS	
Non renseigné en 1992 et 1996	1,2	NS		1,1	NS	
<b>Recours préventif au cours des 12 derniers mois</b>						
Oui	0,7	p<0,001	0,8	0,6	p<0,001	0,7
Non	1			1		
<b>Situation géographique</b>						
Ile-de-France	0,7	p<0,01	0,8	0,9	NS	
Nord	1,0	NS		0,8	NS	
Sud	0,7	p=0,01	0,8	0,9	NS	
Centre	1			1		

\* Les réponses aux deux variables d'état de santé ont été regroupées en 2 modalités (voir encadré « Les questions d'état de santé bucco-dentaire » p. 5).

Source : Enquête ESPS 2000

## L'enquête ESPS

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) est représentative des ménages dont un des membres au moins est assuré à l'un des trois principaux régimes d'Assurance maladie (Régime général, Régime des professions indépendantes ou Régime agricole). Ces trois régimes représentent 95 % des ménages ordinaires (hors institutions) de France métropolitaine.

L'enquête permet tous les deux ans de relever, auprès d'environ 20 000 personnes, des données sur l'état de santé, le recours aux soins, la consommation de biens médicaux, l'hospitalisation, le renoncement aux soins, la couverture santé, ainsi que de nombreuses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, revenu...).

Les données d'ESPS peuvent être appariées aux données de l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) de l'Assurance maladie, ce qui nous permet de récupérer les consommations réelles des personnes interrogées par ESPS sur l'année de l'enquête.

Notre étude porte sur l'enquête ESPS 2000. Nous avons choisi cette année, car elle est plus riche d'une question sur l'état de santé bucco-dentaire subjectif. Notre étude porte sur les 7 070 assurés principaux (ce sont les individus du ménage qui ont fait l'objet du tirage au sort), seuls individus du ménage à avoir été interrogés sur le renoncement.

L'enquête ESPS existe depuis 1989. Il s'agit d'un pseudo-panel. Les individus sont tirés au sort sur leur jour de naissance et sont sollicités à quatre ans d'intervalle avec des entrées et des sorties liées à l'arrivée de nouveaux assurés, aux décès, changements de situation des ménages... C'est ainsi qu'aujourd'hui, malgré les limites liées à une forte déperdition, il nous est possible de réaliser des exploitations longitudinales. Dans cette étude, nous avons réalisé une approche longitudinale des variables de renoncement et de recours afin de mieux appréhender leurs effets sur l'état de santé également étudié en longitudinal.

santé déclaré la même année. Mais, en tout état de cause, il est difficile d'inter-  
4 préter une causalité entre état de santé et consommations de soins à un même moment<sup>2</sup>.

### L'absence de couverture complémentaire, le bénéfice de la CMU et l'appartenance à des catégories sociales défavorisées sont d'autres facteurs, moins importants, d'un mauvais état de santé dentaire

Toutes choses égales par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire maladie augmente de 30 % le risque de déclarer au moins une dent manquante non remplacée ou un mauvais état de santé bucco-dentaire. Est-ce la conséquence d'une difficulté d'accès aux soins qui ne serait pas complètement expliquée par la variable de renoncement, ou bien de comportements spécifiques des individus non couverts qui seraient délétères pour

<sup>2</sup> La causalité peut en effet opérer dans les deux sens, l'état de santé étant à la fois cause et conséquence du recours aux soins. Par ailleurs ici, le recours aux soins est observé sur l'ensemble de l'année 2000, alors que l'état de santé est observé au printemps et à l'automne selon les vagues de l'enquête ESPS. Seules des données de consommation continues sur longue période pourraient permettre d'analyser l'impact du recours aux soins sur la santé ultérieure.

la santé bucco-dentaire ? Les données disponibles ne nous permettent pas de trancher entre ces deux hypothèses.

Il faut également noter que, si le fait de ne pas avoir de couverture complémentaire augmente la probabilité de déclarer des dents manquantes, il augmente également celle d'avoir toutes les dents intactes (par rapport à toutes les dents dont certaines sont soignées). Ce résultat souligne probablement le fait que, parmi les personnes non couvertes, une proportion non négligeable est constituée de personnes en bonne santé bucco-dentaire qui n'estiment pas utile de se procurer une couverture complémentaire maladie.

Les bénéficiaires de la CMU, juste mise en place en 2000, sont plus nombreux à déclarer des problèmes dentaires. Les ouvriers déclarent également un état de santé dentaire plus dégradé que celui des autres catégories. Il s'agit là probablement d'effets de niveau social qui ne sont pas entièrement pris en compte par la variable de revenu. D'ailleurs, si la variable « revenu » est significativement liée à

l'état de santé en analyse bivariée, elle ne l'est plus, ou presque plus, dès lors que l'on intègre la catégorie sociale et la couverture complémentaire maladie dans le modèle.

## Les déterminants du renoncement aux soins bucco-dentaires

Le renoncement aux soins semble donc être un facteur de dégradation de la santé bucco-dentaire. Dès lors, il est important de mieux cerner le contenu de cette notion, telle qu'elle est mesurée dans l'enquête ESPS, et d'en analyser les déterminants. Trois questions peuvent notamment être posées :

- Quel est le lien de ce renoncement avec le besoin de soins, la demande de santé et la capacité financière des individus ?

## Matériel et méthodes

L'étude globale porte sur les 7 070 individus ayant répondu à la question sur le renoncement de l'enquête ESPS 2000 (voir encadré « L'enquête ESPS » ci-dessus).

A l'aide de régressions logistiques, nous analysons les déterminants de la santé dentaire à partir de deux questions posées à ce sujet dans l'enquête ESPS (voir encadrés page 5). Après avoir montré que le renoncement aux soins et le recours préventif sont deux facteurs importants de la santé bucco-dentaire, nous analysons leurs déterminants.

Concernant le modèle d'explication de l'état de santé en 2000, il porte sur les 5 156 individus ayant correctement rempli le carnet de santé. Nous avons confirmé les résultats obtenus par un modèle dynamique contrôlant par l'état de santé des individus en 1992 et par une régression logistique modélisant la dégradation de l'état de santé entre 1992 et 2000. Ces analyses ne portent plus que sur 2 194 individus.

Concernant les liens entre état de santé et renoncement, ainsi que état de santé et recours préventifs, nous avons vérifié, à l'aide de modèles « biprobit », qu'ils sont robustes au problème de l'hétérogénéité non observable.

Le renoncement est évidemment lié au besoin de soins : une personne dont l'état de santé bucco-dentaire ne nécessite pas de soins n'a aucune raison de déclarer un renoncement. À l'inverse plus le besoin de soins est élevé, plus les individus seront confrontés au risque de devoir renoncer. Par ailleurs, des études ont montré que le besoin de soins n'est pas ressenti de la même façon selon le niveau d'éducation, les individus les plus éduqués déclarant davantage leurs problèmes de santé que les moins éduqués [11]. On peut donc penser que la demande de santé exprimée par les individus sera différente selon le niveau d'éducation et que la déclaration de renoncements en dépendra, un renoncement ne pouvant s'exprimer que pour un besoin de soins identifié par les individus. Enfin, il paraît évident que le renoncement sera conditionné par la capacité financière des individus à satisfaire leur demande de santé.

- Ce renoncement est-il plutôt un événement ponctuel dans la vie des individus, qui peut intervenir de façon aléatoire quand ils se trouvent confrontés à d'importants besoins de soins, ou bien est-il le marqueur de comportements plus durables, s'inscrivant dans l'histoire de certains individus socialement plus fragiles ?

- S'agit-il plutôt d'un renoncement avant le recours ou en cours de soins ?

La question telle qu'elle est posée dans l'enquête concerne en effet des renoncements qui peuvent survenir soit en cours de soins lorsque la dépense devient trop importante, soit avant le recours aux soins, pour des individus qui anticipent des dépenses qu'ils ne sont pas sûrs de pouvoir assumer et ne démarrent pas les soins.

### Les questions ESPS concernant la santé bucco-dentaire

**Concernant l'état de santé, ce sont les réponses aux deux questions suivantes qui sont modélisées :**

1. Avez-vous : toutes vos dents intactes, en bon état ? toutes vos dents, dont certaines ont dû être traitées ou remplacées ? perdu une partie de vos dents, mais il vous en reste assez pour mastiquer les aliments sans nécessiter de prothèse dentaire ? perdu toutes ou presque toutes vos dents ?

2. Diriez-vous que votre état dentaire est : très bon ? bon ? mauvais ? très mauvais ?

L'état de santé tel qu'il est relevé dans l'enquête ESPS est très agrégé. Le nombre de dents soignées n'est pas pris en compte et pour les dents manquantes seuls deux items sont possibles : « une partie des dents sont absentes » ou « toutes ou presque toutes les dents sont absentes ».

Par ailleurs, nous utilisons également dans nos modèles les problèmes de santé bucco-dentaire déclarés au moment de l'enquête (caries, prothèses dentaires, problèmes parodontaux).

**Concernant le recours aux soins dentaires nous exploitons :**

1. Les données de consommation de l'EPAS. L'échantillon de l'enquête ESPS est tiré dans l'échantillon permanent des Assurés sociaux (EPAS) de l'Assurance maladie qui permet de suivre les consommations d'un échantillon représentatif d'assurés aux trois principaux régimes (CNAMTS, MSA ET CANAM). L'appariement entre les données ESPS et EPAS permet d'étudier les consommations des individus au regard des caractéristiques qui sont relevées dans l'enquête ESPS. Le principal problème est qu'au moment de l'appariement, nous perdons près de la moitié des individus enquêtés dans ESPS.

2. La question sur le recours préventif : Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allé chez le dentiste à titre préventif, c'est-à-dire sans avoir mal aux dents mais simplement pour vérifier votre état dentaire ?

Concernant le renoncement aux soins bucco-dentaires, nous exploitons la question suivante : Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? Pour quels soins ? Était-ce au cours des douze derniers mois ?

Cette question est relevée pour les mêmes individus pour trois passages de l'enquête ESPS : en 1992-1993, en 1996-1997 et en 2000.

### Le mode d'analyse des deux questions d'état de santé bucco-dentaire

Deux questions permettent d'avoir des informations sur l'état de santé bucco-dentaire dans l'enquête ESPS, l'une plus « objective » et l'autre relevant du ressenti (voir encadré « Les questions ESPS concernant la santé bucco-dentaire » ci-dessous).

À partir de ces deux variables, nous avons distingué d'une part les personnes déclarant au moins une dent manquante non remplacée de celles qui n'en déclarent pas (état de santé « réel ») et d'autre part les personnes déclarant un état de santé dentaire « mauvais » ou « très mauvais », de celles qui en déclarent un « bon » ou « très bon » (état de santé ressenti).

Nous avons vérifié par des modèles de régression logistique multinomiale, que ce sont les mêmes facteurs qui définissent un état de santé « bon » et « très bon » (ou « mauvais » et « très mauvais ») et que l'on pouvait regrouper sans biais les deux modalités « a toutes ses dents » et les deux modalités « a des dents manquantes », ainsi que les modalités « bon », « très bon » et « mauvais », « très mauvais ». Ce sont les résultats de l'analyse de logistique simple, plus faciles à interpréter, qui sont présentés.

### Le renoncement est la résultante d'une demande de santé, d'un besoin de soins et d'une capacité à les financer

9,5 % des personnes enquêtées en 2000 déclarent avoir renoncé à des soins bucco-dentaires pour des raisons financières.

- La première catégorie de facteurs liés au renoncement aux soins bucco-dentaires pour raisons financières concerne les besoins de soins. Ces besoins peuvent être approchés par les problèmes de santé bucco-dentaire déclarés au moment de l'enquête. Plus les problèmes de santé (et donc les besoins de soins) apparaissent importants, plus la probabilité de renoncer à tout ou partie de ces soins est élevée.

Ainsi, les renoncements sont 2,4 fois plus fréquents parmi les personnes qui

### Modélisation de la probabilité de déclarer un renoncement dans l'enquête ESPS en 2000

	Odds-ratio	P	Risque relatif
<b>Sexe</b>			
Hommes	1		
Femmes	1,3	p<0,01	1,3
<b>Age</b>			
Age et age <sup>2</sup>		p<0,001	
<b>Couverture complémentaire maladie</b>			
A une couverture hors CMU	1		
CMU	1,3	NS	
Pas de couverture	2,1	p<0,001	2,0
Non renseigné	1,4	NS	
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>			
Agriculteurs	0,7	NS	
Artisans, commerçants	1,8	p<0,01	1,7
Cadres	1		
Professions intermédiaires	1,2	NS	
Employés	1,7	p<0,01	1,6
Ouvriers qualifiés	1,5	NS	1,5
Ouvriers non qualifiés	1,9	p<0,01	1,8
Non renseignée	2,5	p<0,01	2,4
<b>Niveau d'études</b>			
Au plus école primaire	1,1	NS	
Collège	1		
Lycée	1,5	p<0,01	1,4
Etudes supérieures	1,2	NS	
Non renseigné	1,3	NS	
<b>Chômage</b>			
Actif occupé	1		
Inactif	1	NS	
Chômeur	1,7	NS(p=0,10)	1,6
<b>Crainte du chômage</b>			
Craint le chômage	1,6	p<0,01	1,6
Ne craint pas de chômage	1		
Non renseigné	1,3	NS	
<b>Type de contrat</b>			
CDI	1		
Pas CDI	1,6	p<0,01	1,5
Non renseigné	1	NS	
<b>Situation familiale</b>			
Personne seule	1	NS	
Famille monoparentale	1,6	p<0,01	1,5
Couple sans enfant	1	NS	
Couple avec enfant	1		
<b>Etat de santé dentaire antérieur (1996 ou 1992)</b>			
Toutes les dents intactes	0,9	NS	
Toutes les dents dont certaines soignées	1		
Quelques dents absentes	1,9	p=0,001	1,8
Presque toutes les dents absentes	0,9	NS	
Non renseigné	1,1	NS	
<b>Présence de problèmes parodontaux (gencives, os ou racine) au moment de l'enquête</b>			
Problèmes parodontaux	2,5	p<0,001	2,4
Problèmes dentaires autres que parodontaux	1,2	NS	
Pas de problème dentaire	1		
Santé non renseignée	1,4	p=0,02	1,3
<b>Recours à des soins de prothèses dans les 12 mois précédant l'enquête</b>			
Oui	1,6	p<0,001	1,6
Non	1		
<b>Reste à charge après remboursements de l'assurance maladie pour des soins dentaires en 2000</b>			
Pas de reste à charge	1		
Reste à charge positif	1,4	p<0,01	1,3
Non renseigné	1,1	NS	
<b>Renoncement antérieur (1996 ou 1992)</b>			
Pas de renoncement antérieur	1		
Existence d'un renoncement antérieur	7	p<0,001	7,0
Un point antérieur non renseigné et l'autre sans renoncement	1,5	p=0,03	1,5
Les deux points antérieurs non renseignés	1,7	p<0,01	1,6

Source : Enquête ESPS 2000

déclarent des problèmes parodontaux (atteinte de la gencive, de l'os ou de la racine). Ils sont 3,1 fois plus fréquents en l'absence de couverture complémentaire. Par ailleurs, concernant les ménages les plus pauvres (revenu par UC du ménage inférieur à 686 euros), la probabilité de renoncer est 2 fois plus importante parmi les individus qui déclarent des soins de caries, comparés à ceux qui ne déclarent aucun problème de santé bucco-dentaire<sup>3</sup>.

- La seconde catégorie de facteurs relève de la « représentation » de la santé dentaire ou de la notion de demande de santé : plus un individu portera d'attention à sa santé bucco-dentaire, plus il aura une demande de soins élevée et plus il aura une forte propension à déclarer des renoncements s'il n'arrive pas à satisfaire cette demande.

Ainsi, les femmes ont une propension plus importante que les hommes à déclarer des renoncements aux soins dentaires, alors que par ailleurs elles recourent davantage et qu'elles ont un état de santé dentaire en moyenne moins dégradé. Ce résultat peut s'expliquer par une plus forte attention portée par les femmes à la santé bucco-dentaire.

Il en est de même de l'effet du niveau d'éducation. On constate en effet que toutes choses égales par ailleurs, les individus ayant poursuivi leurs études jusqu'au lycée renoncent plus que ceux ayant interrompu leurs études plus tôt. Comme pour les femmes, ce résultat s'explique par une demande de santé plus importante de la part des individus les plus instruits engendrant des renoncements quand elle n'est pas satisfaite. Cet effet diplôme, très fort au sein des ménages les plus pauvres et en l'absence de couverture

<sup>3</sup> Cette approche des besoins de soins par les problèmes parodontaux et de caries est évidemment limitée. Il serait bien de pouvoir l'améliorer en recueillant des informations plus précises sur les problèmes de santé bucco-dentaire au moment de l'enquête.

complémentaire disparaît quand le revenu augmente ou quand les individus bénéficient d'une couverture complémentaire. Les individus ont alors plus souvent la capacité financière de satisfaire leur demande de santé.

- La troisième catégorie de facteurs concerne la capacité financière des individus à satisfaire leur demande de santé ou leur besoin de soins : à besoin et demande équivalents, un individu aura plus de chances de déclarer un renoncement s'il n'a pas la capacité financière pour les satisfaire.

La présence ou l'absence d'une couverture complémentaire est le premier élément de cette capacité financière. Les individus qui ne possèdent pas de couverture complémentaire maladie renoncent deux fois plus fréquemment que ceux qui en possèdent une<sup>4</sup>. Les bénéficiaires de la CMU ne semblent pas renoncer significativement plus, toutes choses égales par ailleurs, que ceux qui possèdent une couverture complémentaire autre que la CMU. Ce résultat est conforme à celui observé dans d'autres études [12, 13]. La CMU semble donc bien contribuer à améliorer l'accès aux soins dentaires des populations les plus démunies.

La capacité financière est bien sûr fonction du niveau de revenu. Elle apparaît ici plutôt mesurée par la catégorie socioprofessionnelle. Ainsi, les ménages d'ouvriers non qualifiés renoncent 1,8 fois plus fréquemment que les ménages de cadres. Ce rapport est de 1,6 pour les ménages d'employés et de 1,5 pour les ménages d'ouvriers qualifiés.

La persistance d'un renoncement à 6,8 % parmi les cadres et 6,7 % dans les ménages gagnant plus de 1 275 euros par unité de consommation questionne sur la nature des soins auxquels certains individus déclarent renoncer. Sont-ils tous nécessaires au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire ? Nous

n'avons pas d'éléments pour répondre à cette question. Il serait, à cet égard, intéressant de poser directement la question lors de l'enquête pour éventuellement isoler des soins qui seraient purement d'ordre esthétique.

La situation au regard de l'emploi est également fortement liée à la propension des individus à renoncer : les chômeurs et les personnes craignant d'y être dans les douze mois suivant l'enquête, ainsi que les individus qui ne sont pas en CDI déclarent plus fréquemment que les autres des renoncements aux soins pour raisons financières. Ces situations témoignent d'une incertitude financière sur l'avenir ; les individus hésitent alors à engager ou poursuivre des soins potentiellement coûteux et mal remboursés qu'ils risquent de ne pas pouvoir assumer jusqu'au bout. Il se peut également que confrontés à des difficultés financières, de nombreuses personnes ne considèrent plus la santé bucco-dentaire comme une priorité, tout en ayant conscience de leurs besoins. Ce surrenoncement des personnes qui connaissent des difficultés dans l'emploi est majoré quand ces dernières ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire.

Le fait de vivre dans une famille monoparentale augmente également la probabilité de déclarer un renoncement. L'interprétation d'un effet propre de ce facteur ne paraît pas évidente. Cela souligne peut-être des difficultés d'accès aux soins particulières à ces familles.

### Le renoncement, un comportement inscrit dans l'histoire des individus.

La probabilité de renoncer en 2000 est multipliée par 7 pour les individus qui avaient déclaré un renoncement dans les enquêtes antérieures d'ESPS. Il semble donc que le renoncement s'inscrive dans l'histoire d'une partie limitée de la population qui est par ailleurs caractérisée par sa fragilité. Il s'agit le plus souvent

d'ouvriers, d'employés, de salariés en CDD ou menacés par le chômage, ou bien de personnes sans couverture complémentaire maladie.

### La distinction entre renoncements consécutifs ou antérieurs aux soins n'est pas possible

Les renoncements sont 1,6 fois plus fréquents parmi les individus qui déclarent des soins de prothèses dans les douze mois précédant l'enquête, et 2 fois plus fréquents si de surcroît ils n'ont pas de couverture complémentaire maladie. De même, les renoncements sont 1,3 fois plus fréquents parmi les individus qui ont eu un reste à charge pour des soins bucco-dentaires après remboursement de l'Assurance-maladie au cours de l'année 2000<sup>5</sup> et 2,3 fois plus fréquents s'ils n'ont pas de couverture complémentaire. Ces résultats montrent qu'une part importante des renoncements sont consécutifs aux soins. Il peut s'agir de plans de soins qui ne sont pas totalement réalisés ou qui ne répondent pas au souhait initial du patient. Cependant, parmi les individus qui ne déclarent pas de renoncements, une partie non identifiable n'a pas eu de besoins de soins bucco-dentaires sur la période étudiée. Le poids du recours aux soins sur le renoncement est ainsi surestimé. Pour réellement distinguer les renoncements antérieurs des renoncements consécutifs aux soins, il faudrait pouvoir isoler les individus sans besoin de soins. Une autre solution serait de demander dans l'enquête si le renoncement a été consécutif à une visite chez le dentiste ou non.

\* \* \*

Sans en apporter la preuve formelle, notre travail permet tout de même d'accorder un fort crédit à l'existence d'un lien de causalité entre l'occurrence de

<sup>4</sup> Le niveau de garanties de la couverture a un effet incertain et en tout cas beaucoup moins important que le fait de posséder ou non une couverture complémentaire.

<sup>5</sup> C'est l'existence d'un reste à charge quel qu'en soit le montant qui augmente la probabilité de renoncer.

renoncements pour raisons financières et la dégradation de l'état de santé bucco-dentaire. Le fait de déclarer des recours préventifs contribue à un meilleur état de santé bucco-dentaire et la consommation de tabac à un plus mauvais. Les variables socio-économiques ont également un effet mais qui semble relativement moins important.

Concernant le renoncement, nous avons établi qu'il s'agit d'un phénomène fortement récurrent qui semble s'inscrire dans le parcours d'une minorité d'individus défavorisés. Le renoncement aux soins dentaires pour raisons financières semble être le résultat de la confrontation d'une demande de santé et d'un besoin de soins avec la capacité à les financer. Dans ce cadre, on peut penser que la sortie de la précarité financière par une augmentation du revenu ou l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire est le moyen le plus sûr pour briser la spirale négative du renoncement

entraînant une dégradation de l'état de santé. À cet égard, la CMU a joué un rôle positif sur le recours aux soins dentaires des populations les plus démunies, dont on peut espérer qu'il aura à terme un effet positif sur leur état de santé. Par ailleurs, un faisceau de résultats suggère qu'en santé bucco-dentaire, quel que soit le niveau de revenu et de couverture, la probabilité de renoncer augmente avec la dépense de soins. Pour les populations les plus pauvres, le renoncement, ou au moins le report, peut survenir dès l'apparition d'un reste à charge même d'un montant très faible. Le renoncement n'est donc pas seulement la manifestation d'une absence de recours, mais également du fait que pour certains patients des plans de soins ne sont pas réalisés jusqu'au bout ou n'atteignent pas le niveau de qualité souhaité, essentiellement pour des raisons financières.

À cet égard, le lien entre le renoncement et le niveau d'études suggère

que le renoncement est probablement sous-estimé pour les catégories les moins éduquées, qui n'ont pas conscience de l'ensemble de leurs besoins de santé, et peut-être surestimé pour les catégories les plus éduquées qui peuvent exprimer une demande qui va au-delà de ce qui est strictement nécessaire au maintien d'une bonne santé bucco-dentaire. Une étude américaine récente [14] suggère d'ailleurs que pour lutter contre les inégalités sociales de santé bucco-dentaire, il faut en priorité augmenter la demande de soins des populations défavorisées par des politiques d'éducation à la santé.

Enfin, pour établir nos résultats avec plus de certitude, il serait important, dans l'enquête ESPS, d'essayer d'améliorer les variables d'état de santé dentaire et de préciser le contexte du renoncement (avant ou après le recours et pour quel type de soins).

#### Pour en savoir plus

- [1] **Auvray L., Dumesnil S., Le Fur Ph.** (2001), « Santé, soins et protection sociale en 2000 », Série résultats n° 1364, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).
- [2] **Llory H.** (1992), « Disparités d'état de santé et des soins bucco-dentaires – France 1988-1991 », Série résultats n° 944, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).
- [3] **Mizrahi Ar., Mizrahi An.** (1995), « Recours aux soins et état de santé bucco-dentaire », Rapport n° 1087, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).
- [4] **Hescof D., Roland E.** (1998), « Le CAO des enfants de 12 ans », Editions S.N.P.M.D., Union Française pour la santé bucco-dentaire.
- [5] **Hescof P., Bourgeois D., Berger P.** (1996), « Le programme international de recherche de l'Organisation Mondiale de la santé sur les déterminants et la santé bucco-dentaire. La situation en France pour la période 1993-1995 », ISC II France, Organisation Mondiale de la Santé / Association Dentaire Française.
- [6] **Centre Odontologique de Médiométrie et d'Evaluations et Association Dentaire Française** (1998), « La santé bucco-dentaire en chiffres », COME et ADF – Dossiers.
- [7] **Sailly J.-C., Lebrun Th., Mennerat F.** (avril 1995), « Situation de la santé dentaire en France : état des lieux, orientations stratégiques », Centre Odontologique de Médiométrie et d'Evaluations.
- [8] **Beynet A., Menahem G.** (2002), « Problèmes dentaires et précarité », Séries analyses n°1369, CREDES (devenu IRDES en juin 2004).
- [9] **Garcia RI, Krall EA, Vokonas PS** (1998), « Periodontal disease and mortality from all causes in the VA Dental Longitudinal Study », *Ann Periodontol* ; 3(1):339-49.
- [10] **Tonetti MS** (1998), « Cigarette smoking and periodontal diseases: etiology and management of disease », *Ann Periodontol* ; 3(1): 88-101.
- [11] **Mackenback J.P. et al.** (May 1996), "Differences in the misreporting of chronic conditions, by level of education : The effect on inequalities in prevalence Rates", *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 5.
- [12] **Boisguérin B.** (mars 2004), « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU : un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », DREES, Etudes et Résultats n° 294.
- [13] **Reynaud D.** (février 2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, Etudes et Résultats n° 378.
- [14] **Albert H. Guay** (2004), "Access to dental care: the triad of essential factors in access-to-care programs", *Journal of American Dental Association*, 135 : 779-785.