

Le rôle des tarifs dans le recours aux soins dentaires : l'exemple des inlay core

Noémie Jess, Rémi Lardellier , Renaud Legal
avec la collaboration de Claire Marbot

JESF 2013, discutant: Moussa DIENG

5 décembre 2013

Introduction

- En France
- Renoncement des soins en 2008: 16,5 % des Français, Principalement :
 - soins dentaires (11 %),
 - à l'achat de lunettes (4 %)
 - et à des visites chez le généraliste ou le spécialiste (3 %)[Boisguérin *et al.*, 2010].
- les soins dentaires représentent plus de la moitié des cas de renoncement aux soins pour raisons financières (ESPS,2010);
 - Les 3/5 des renoncements des soins dentaires portent sur une couronne, un bridge ou un implant dentaire
 - Les soins prothétiques constituent la première cause de renoncement pour raison financière,

Introduction

- Les soins dentaires ne sont pas soumis aux mêmes règles d'encadrement des tarifs par l'AMO:
 - Soins dentaires conservateurs et chirurgicaux: tarifs conventionnels à respecter par les professionnels,
 - Soins prothétiques (couronnes, bridges): possibilité de dépassements, voire des tarifs libres pour les implants dentaires;
- Conséquences:
 - En 2011: un peu plus de 52% des honoraires des dentistes proviennent de ces dépassements,
 - Écarts importants entre les prix pratiqués par les dentistes et les montants remboursés par l'AMO,
 - La grande majorité des individus couverts ont un reste à charge pour soins prothétiques très conséquent

Introduction: objectif et originalité de l'étude

✓ Objectif:

- Mieux appréhender les déterminants du recours à un soins prothétique spécifique: « l'inlay core »;
- Analyse l'effet des caractéristiques individuelles mais aussi de l'offre, notamment les tarifs, appréhendée à un niveau départemental sur le probabilité de recours à l' inlay core;

✓ Originalité:

- Méthodologie originale :
 - approche complémentaire sur la littérature existante sur l'accessibilité financière des soins dentaires;
 - Analyse qui permet non seulement d'éclairer sur l'effet des tarifs sur le recours aux soins dentaire, mais aussi analyse la formation de ces tarifs au niveau départemental.
- Base de données riche, qui permet de suivre les consommations individuelles de soins dentaires d'environ 600 000 individus sur 5 ans.

Questions de la littérature

- ✓ Formations des tarifs des dentistes
- Deux théories complémentaires:
 - Revenu cible : en cas de possibilité de dépassement un professionnel de santé peut augmenter ces tarifs pour atteindre son revenu cible;
 - « increasing monopoly model »: renforcement du pouvoir de monopole des praticiens:
augmentation de l'offre de médecins → augmentation du temps nécessaire à la collecte d'information sur l'offre → renforcement du pouvoir de monopole
→ baisse de la sensibilité des patients aux tarifs des médecins → augmentation des tarifs d'équilibre.
- Prédiction des deux modèles: lien positif entre densité de dentiste et augmentation des tarifs.
- ✓ Effet des tarifs sur le recours aux soins dentaires:
 - Estimation de l'élasticité-prix de la demande des soins dentaires: utilisation de la disparités en termes de niveaux de couverture d'assurance maladie.

Questions de la littérature

✓ **Déterminants socioéconomiques du recours aux soins dentaires:**

- Interaction entre niveau de vie et densité des dentistes sur le recours : prise en compte de l'inégalité spatiale et des inégalités économiques,
- Une différenciation entre déclaration de problèmes dentaires et recours effectif par rapport au niveau d'éducation et au niveau de vie.
- Une différenciation entre recours aux soins préventifs et curatifs par catégorie de population.

Méthode: données et méthode d'analyse

- Sources des données
 - Échantillon Généraliste de Bénéficiaires de l'assurance maladie: 1/97eme des assurés sociaux de 2006 à 2010
 - Données du recensement Insee 2009;
- Choix de l'inlay core: (3 avantages)
 - acte à tarif de responsabilité: dépassements possibles
 - acte avec un code identifiable sans ambiguïté dans la base de données
 - il s'agit d'une prothèse invisible pour laquelle le tarif ne peut être influencé par un choix esthétique (grande homogénéité en terme de qualité);
- Construction d'un indice départemental de prix
 - Indicateur départemental du niveau des prix sur la base du département de résidence des patients;
 - Trois grandes zones présentent des tarifs maximaux: l'Ile de France et ses départements limitrophes, l'Alsace-Moselle et le nord-est de la région Rhône-Alpes (tarifs 1,9 fois supérieurs à la base de remboursement de l'assurance maladie.

Méthode: Spécification des modèles

- Modélisation des disparités départementales des tarifs d'inlay core :
 - ❑ Modèle 1: Estimation des facteurs explicatifs du niveau des prix à l'échelle départementale. L'accent est mis sur le rôle joué par :
 - Niveau de la densité
 - Niveau de vie de la populationAutres facteurs utilisés: caractère rural du département, le niveau d'éducation de la population, la taille de la demande potentielle du département...

- Modélisation du recours individuel au inlay core: 2 modèles utilisés
 - ❑ Modèle 2: estimation de l'effet du prix sur le recours aux soins en coupe transversale (2010) par un logit multiniveaux avec effet aléatoire départemental,
 - Variables explicatifs: caractéristiques individuelles (âge, sexe, fait d'être ou non à la Cmuc, fait d'être ou non en ALD (Affection de longue durée), caractéristiques départementales (densité de dentistes, niveau de vie moyenne de la population et l'indicateur départemental des prix.

 - ❑ Modèle 3: estimation du même modèle en panel
 - Soupçon de biais dans le modèle 2: hypothèse d'orthogonalité du terme d'erreur pas vérifiée
 - Mieux prendre en compte l'hétérogénéité individuelle inobservée et de la variabilité temporelle de l'effet prix
 - Introduction d'effets fixes départements

Résultats

- ✓ Sur la formation des tarifs:
 - Densité de dentiste et niveau de vie de la population sont des déterminants importants du niveau des tarifs des dentistes,
 - Interaction entre les deux facteurs: adaptation des dentistes à la capacité à payer des patients

- ✓ Sur le rôle du prix dans le recours individuel
- Estimation élasticités-prix du recours:
 - coefficients estimés non significatifs
 - Élasticités estimées en coupe transversale plus élevées qu'en panel
 - Quelque soit le modèle (coupe ou panel): la valeur est toujours plus petite quand l'estimation est conduite chez les 10% les plus pauvres par rapport à la population générale
- L'effet des autres variables:
 - Plus la densité des dentistes augmente, plus le recours à l'inlay-core augmente
 - L'âge joue un rôle important dans la probabilité de recours : effet positif avec un seuil à 55 ans
 - Les femmes font plus de recours
 - Les individus à affection à longue durée (ALD) ont un moindre recours

Discussion

- Analyse des barrières financières à l'accès aux soins:
 - Approche objective par le recours effectif en complément à l'approche par le renoncement
 - Approche intéressante avec prise en compte de la dimension temporelle
- Limites :
 - Difficultés : isoler l'effet propre du prix sur le recours
 - Le choix du prix à un impact sur les résultats : quel prix choisir et comment le déterminer?
 - Raisonner à un niveau département ne donne pas assez de variabilité des prix par rapport à la taille de l'échantillon.
 - Limites liées au données: non disponibilité de certaines données individuelles et départementales,
- Suggestions:
 - Estimer l'élasticité prix par niveau de revenu
 - Raisonner à niveau géographique plus fin pour disposer de plus de variabilité des prix.



Merci de votre attention