

L'accessibilité géographique aux soins dentaires

La question du conventionnement des soins

Joël Girès & Pierre Marissal

Cette analyse s'intègre dans une série de 3 articles consacrés à l'accessibilité géographique aux soins dentaires conventionnés ; il s'agit ici du premier. Il comprend deux parties. La première rappelle les enjeux actuels du conventionnement. La seconde s'attache à décrire les inégalités géographiques dans l'accès aux soins dentaires conventionnés.

Les 2 articles suivants étudient quant à eux les effets des inégalités d'accessibilité aux soins conventionnés dans les pratiques des patients, selon leurs caractéristiques en termes d'âge et de niveau socioéconomique.

Introduction

Les soins dentaires offrent un angle intéressant pour aborder la thématique des inégalités face aux soins de santé. Premièrement, ils sont communs et concernent l'ensemble de la population, quels que soient le sexe, l'âge ou le profil sociologique. Ils comprennent aussi des catégories de soins qualitativement différents, allant du préventif (check-up, détartrage...) au curatif (traitement des caries, extraction, dévitalisation...). Deuxièmement, les implications des problèmes dentaires ne se limitent pas au plan sanitaire et s'étendent à la vie sociale au sens large. Les dents sont une interface importante dans la relation aux autres, et une mauvaise santé dentaire peut se transformer assez rapidement en stigmate social. Enfin, la santé dentaire est un domaine dans lequel se marquent fortement les inégalités sociales¹. D'une part la pauvreté est associée à une moins bonne santé dentaire², d'autre part le coût des soins peut les rendre difficilement accessibles.

La dernière enquête de santé menée par Sciensano en 2018 indique ainsi que 5,7 % des ménages disent avoir, au cours des 12 derniers mois, reporté des soins dentaires pour raison financière³. C'est, parmi toutes les catégories de soins étudiées, la plus grande fréquence de report observée. La dimension inégalitaire de ce report apparaît très clairement lorsque l'on observe sa variation selon la catégorie de revenu des ménages : l'enquête montre que, parmi les 20 % des ménages les plus pauvres, 10,4 % ont renoncé à des soins dentaires par manque de moyens contre 1,2 % seulement parmi les 20 % les plus riches – *environ 10 fois moins*. Les différentes enquêtes sur le sujet en Belgique montrent des résultats similaires⁴, qui questionnent la capacité de notre système de protection sociale à donner accès à des soins dentaires aux personnes économiquement les plus fragiles. Les obstacles ne sont pas que financiers : les plus vulnérables sont notamment accaparés par des problèmes quotidiens qui n'incitent pas à construire leur santé bucco-dentaire comme une priorité⁵. Par ailleurs, les soins eux-mêmes peuvent être à l'origine de mauvaises expériences (par exemple lorsque les patients se sentent accusés de négligence⁶) qui peuvent conduire à une défiance

1 E. Pegon-Machat, D. Jourdan, S. Tubert-Jeannin (2018), [Inégalités en santé orale : déterminants de l'accès à la prévention et aux soins en France](#), *Santé Publique*, n° 2, Vol. 30, pp. 243-251.

2 CIE (2015), [Système d'enregistrement et de surveillance de la santé bucco-dentaire de la population belge](#), 2012 – 2014, p. 54.

3 Sciensano (2020), [Enquête de santé 2018 : Accessibilité financière aux soins de santé](#), p. 13.

4 Par exemple les résultats issus de l'enquête SILC : OSE (2020), [Inequalities in access to healthcare in Belgium](#). Brussels: European Social Observatory.

5 S. El-Yousfi, K. Jones, S. White, Z. Marshman, A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people, *British Dental Journal*, n° 2, Vol. 227, pp. 143-151.

6 Par exemple, pour la France : C. Després, P. Lombrail (2017), [Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination. Une analyse de discours de médecins et dentistes](#).

éloignant du système de soins. Néanmoins, cette dimension n'est pas séparée de la question de l'accessibilité : les obstacles financiers à l'accès aux soins contribuent à leur tour à alimenter cette défiance⁷, constituant l'accessibilité matérielle comme un enjeu majeur.

Le conventionnement mis sous tension

Le conventionnement est un des mécanismes permettant de garantir l'accès au système de soins. Tous les deux ans, les dentistes et les organismes assureurs (les mutuelles) négocient les honoraires des dentistes dans l'accord dento-mutualiste⁸. Chaque dentiste qui adhère à l'accord doit respecter les prix qui y sont déterminés (le dentiste est alors dit « conventionné »), et ne peut demander de suppléments d'honoraires que pour certains soins bien particuliers. En fixant les prix, la convention garantit dès lors une certaine sécurité tarifaire⁹ et un minimum d'accessibilité financière aux patients.

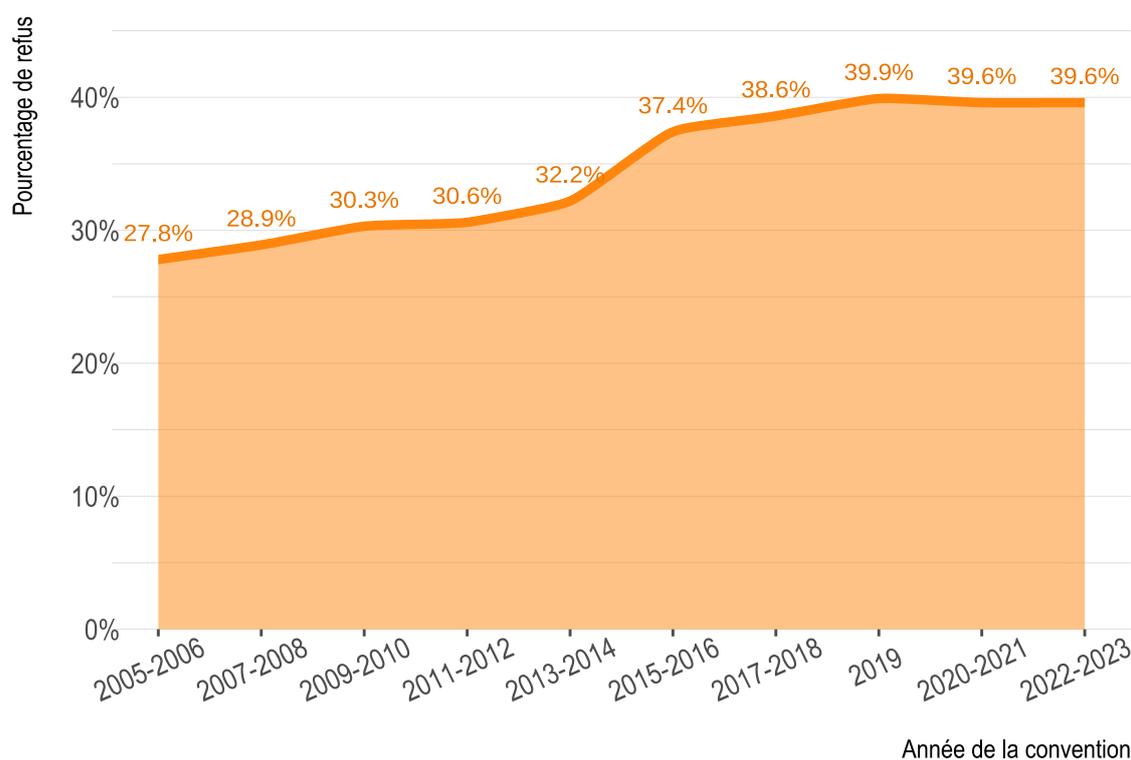
Ce mécanisme est cependant fragile : il prend place dans un système de soins dentaires organisé autour de la figure du dentiste libéral, qui valorise fortement la liberté professionnelle (notamment de déterminer *librement* ses honoraires) et qui par ailleurs doit rentabiliser l'investissement financier que représente l'ouverture d'un cabinet privé. De ce fait, l'adhésion de la profession à la convention dento-mutualiste n'est pas acquise, comme le montre la part décroissante d'adhésion ces dernières années : alors que les dentistes n'étaient que 27,8 % à refuser la convention en 2005-2006, ils sont 39,6 % en 2020-2021 (voir la figure 1).

7 C. Després, P. Dourgnon, R. Fantin, F. Jusot (2011), [Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique](#), Questions d'économie de la Santé.

8 Les dernières conventions dento-mutualistes sont disponibles sur cette page de l'INAMI : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/dentistes/cout-remboursement/Pages/adhesion-accord-national-dento-mutualiste.aspx>

9 Cette sécurité est relative, puisqu'un certain nombre de soins dentaires ne sont pas remboursés. C'est le cas des implants, bridges, prothèses, dont le remboursement est très limité.

Figure 1: Pourcentage de refus à la convention dento-mutualiste (2005-2023)



Source : INAMI

Un dentiste qui refuse d'adhérer à l'accord dento-mutualiste (il est alors dit « non conventionné ») est entièrement libre de déterminer ses honoraires, quels que soient les prix fixés dans la convention dento-mutualiste. Entre ces deux situations, il existe une possibilité intermédiaire de conventionnement partiel (le dentiste est dit « partiellement conventionné »). Dans ce cas, le dentiste doit prêter trois quarts de son activité selon des tarifs conventionnés, et peut facturer librement des suppléments d'honoraires pour le dernier quart.

Il faut noter que les chiffres affichés dans la figure 1 – issus de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) – sur-estiment en réalité fortement le conventionnement des dentistes. Dans le calcul du taux de conventionnement, l'INAMI intègre en effet tous les dentistes qui ont un numéro INAMI, même lorsqu'ils ne sont plus en activité (ils peuvent être pensionnés ou travailler dans un autre secteur comme l'enseignement). L'agence intermutualiste (AIM), qui a mesuré le conventionnement des dentistes actifs en 2018, fait apparaître dans son étude à quel point la proportion de dentistes conventionnés diminue si l'on ne compte que les dentistes qui procurent réellement des soins dentaires : elle passe alors de 43 % de dentistes conventionnés à 29 % de dentistes conventionnés *actifs*¹⁰ (voir le tableau 1).

¹⁰ AIM (2020), [Volume d'activité ambulatoire selon le conventionnement](#).

Tableau 1: Répartition des statuts de conventionnement
chez les dentistes (2018)

Statut de convention (2018)	Statistiques INAMI	Prestataires actifs (AIM)
Conventionné	43 %	29 % (-)
Partiellement conventionné	16 %	22 % (+)
Non conventionné	40 %	49 % (+)

Source : AIM

Les dentistes sont donc faiblement conventionnés, et cette proportion diminue avec le temps. Cette situation a d'importantes conséquences financières. Solidaris a ainsi calculé pour l'année 2017 que le coût des soins dentaires à charge du patient (hors remboursement, donc) s'élève à 18 € en moyenne lorsque le dentiste est conventionné contre 36 € dans le cas contraire – soit le double¹¹. Cet écart apparaît plus grand encore pour les patients les plus fragiles, puisqu'un bénéficiaire de l'intervention majorée (statut BIM) paie 8 € en moyenne chez un conventionné, contre 25 €, le triple, chez un non conventionné.

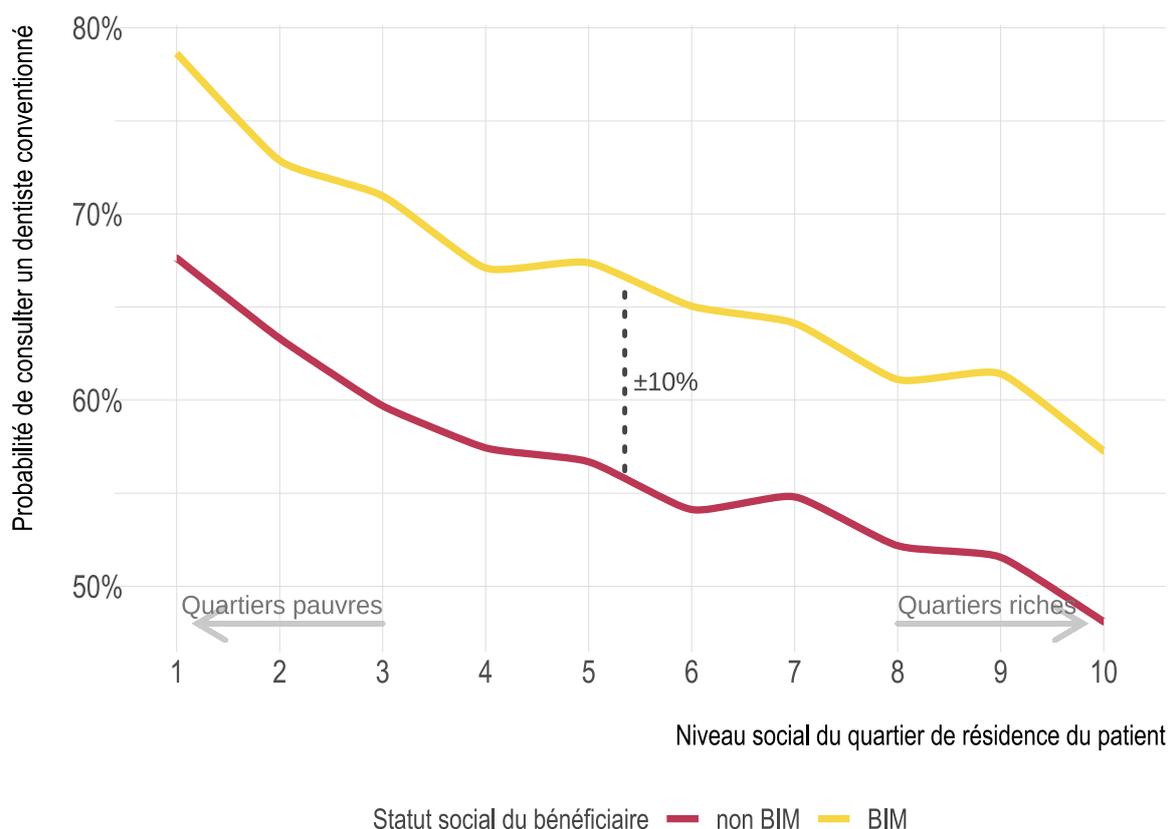
On peut supposer qu'une telle différence de coût entre une consultation chez un dentiste conventionné et un dentiste non conventionné oriente les patients dans le choix de leurs prestataires de soins. Pour le vérifier, nous avons couplé les données de l'INAMI relatives aux dentistes exerçant en Belgique et les données sur les affiliés de Solidaris, ce qui permet de voir quels types de patients consultent quels types de praticiens¹². Les résultats sont conformes à ceux attendus : les patients qui bénéficient du statut BIM (ce qui témoigne de revenus moindres) ou qui habitent un quartier pauvre ont effectivement une plus grande probabilité de consulter un dentiste conventionné. Ceci peut évidemment s'expliquer en partie par le fait que les dentistes accessibles dans les quartiers pauvres sont plus souvent conventionnés qu'ailleurs¹³. Mais cette explication n'est pas suffisante : la figure 2 montre en effet que, quel que soit le niveau du quartier (les quartiers pauvres sont à gauche, les quartiers riches à droite), les personnes au statut BIM (la ligne jaune) vont systématiquement plus souvent voir un dentiste conventionné que les autres patients (la ligne rouge). Certes, on peut supposer que la plus faible disponibilité de dentistes conventionnés dans les quartiers riches mène une partie de ses habitants, riches ou pauvres, à reporter une partie des soins vers un dentiste non conventionné (plus le quartier est riche, plus les lignes jaune et rouge descendent). Néanmoins, l'écart entre les deux lignes demeure le même, quel que soit le quartier (il s'élève à une dizaine de points de pourcentage), laissant penser que les plus démunis développent des pratiques actives de recherche de dentistes conventionnés. Il n'y a là rien d'étonnant vu le surcoût que représentent les tarifs non conventionnés. Encore faut-il que des soins conventionnés soient localement suffisamment accessibles, ce qui nous le verrons est loin d'être assuré sur tout le territoire.

11 Solidaris (2019), [Baromètre suppléments d'honoraires facturés en ambulatoire en 2016-2017](#).

12 Les données utilisées sont décrites dans l'annexe 1.

13 Dans les quartiers les plus pauvres, 80 % des « contacts » avec les dentistes (voir l'annexe 1 pour la définition des « contacts ») sont au tarif conventionné, contre 40 % dans les quartiers les plus riches. Dans ce calcul, nous avons partitionné les contacts avec les dentistes partiellement/conventionnés selon que ceux-ci étaient réalisés au tarif conventionné ou non.

Figure 2: Probabilité de consulter un dentiste conventionné (2018)



Source : données de remboursement de soins de Solidaris

Accessibilité géographique aux soins conventionnés

La faiblesse du conventionnement, qui s'aggrave ces dernières années, peut – on l'a vu – constituer un obstacle financier croissant à l'accès aux soins dentaires. Cette dimension *financière* des problèmes d'accessibilité aux soins se double d'une dimension *géographique*. Les dentistes conventionnés sont en effet très inégalement répartis sur le territoire, ce qui conduit à de grands écarts quant aux distances à parcourir pour rejoindre un lieu de soins. Au-delà de la dépense en temps, et des éventuelles difficultés de mobilité, ces déplacements ont eux-mêmes un coût (que ce soit celui du carburant ou du titre de transport). Et ce coût, qui vient s'ajouter à celui des soins, est a priori plus difficile à assumer par les ménages ayant le plus de difficultés financières¹⁴.

La Cour des comptes, en se basant sur les données par arrondissement pour les années 2012-2013, avait conclu dans un rapport de 2016 que l'offre de soins conventionnés n'a d'incidence ni sur le taux d'accès aux soins ni sur les dépenses moyennes par patient. Cherchant à expliquer ce résultat peu intuitif, la Cour avançait qu'une partie des patients sont peut-être trop mal informés sur le conventionnement des dentistes pour tenir compte de ce critère lorsqu'ils s'orientent vers un

¹⁴ Strale M., Feron P. (2017), [L'emploi convenable au prisme des inégalités de mobilité](#), Observatoire belge des inégalités.

prestataire de soins¹⁵. Cette explication est pourtant difficilement conciliable avec les résultats rapportés ci-dessus : qu'il soit ou non directement orienté par l'information sur le conventionnement, le recours aux soins conventionnés est bel et bien, on l'a vu, d'autant plus fréquent que le quartier de résidence est pauvre ; et clairement plus fréquent aussi, à même niveau socioéconomique des quartiers, pour les bénéficiaires de l'intervention majorée que pour les autres résidents.

L'analyse de la Cour des comptes sur base de résultats globaux par arrondissement comporte en réalité des biais importants. D'une part, elle ne permet pas de prendre en compte les effets liés aux différences de niveau socioéconomique au sein des populations résidentes. Elle néglige par exemple le fait que les prestataires conventionnés sont plus spécifiquement concentrés dans les grandes agglomérations urbaines, où sont par ailleurs souvent surreprésentées des populations de faible niveau socioéconomique plus susceptibles de postposer les soins, voire d'y renoncer. Autre problème : l'analyse par arrondissement néglige qu'une partie parfois importante des demandes de soins sont adressées à des dentistes hors de l'arrondissement de résidence, en particulier lorsque ce dernier est situé dans la zone d'influence d'un pôle d'emplois et de services¹⁶.

Nous proposons ici un indicateur d'accessibilité locale aux soins conventionnés qui dépasse ces limites. La carte 1 ci-dessous reprend au niveau des quartiers¹⁷ l'indicateur d'accessibilité aux soins dentaires conventionnés, cartographié en 12 classes d'accessibilités décroissantes (du vert au rouge) pour toute la Belgique¹⁸. Plus la couleur est verte, plus les soins sont potentiellement accessibles à proximité du quartier, et inversement lorsque l'on va vers les couleurs rouges. Plus précisément, la couleur verte la plus foncée – entre 0 et 5 % – concerne les quartiers où vivent les 5 % de la population pour laquelle l'accessibilité géographique est la meilleure. Inversement le rouge le plus foncé indique les quartiers où vivent les 5 % de la population la plus éloignée des dentistes. Si le rouge foncé prend une telle importance sur la carte, c'est parce qu'elle concerne des espaces ruraux peu densément peuplés, ne regroupant que 5 % des patients. Entre ces extrêmes, la population est divisée selon des déciles (des tranches de 10 % des patients) selon leur accessibilité géographique aux soins dentaires.

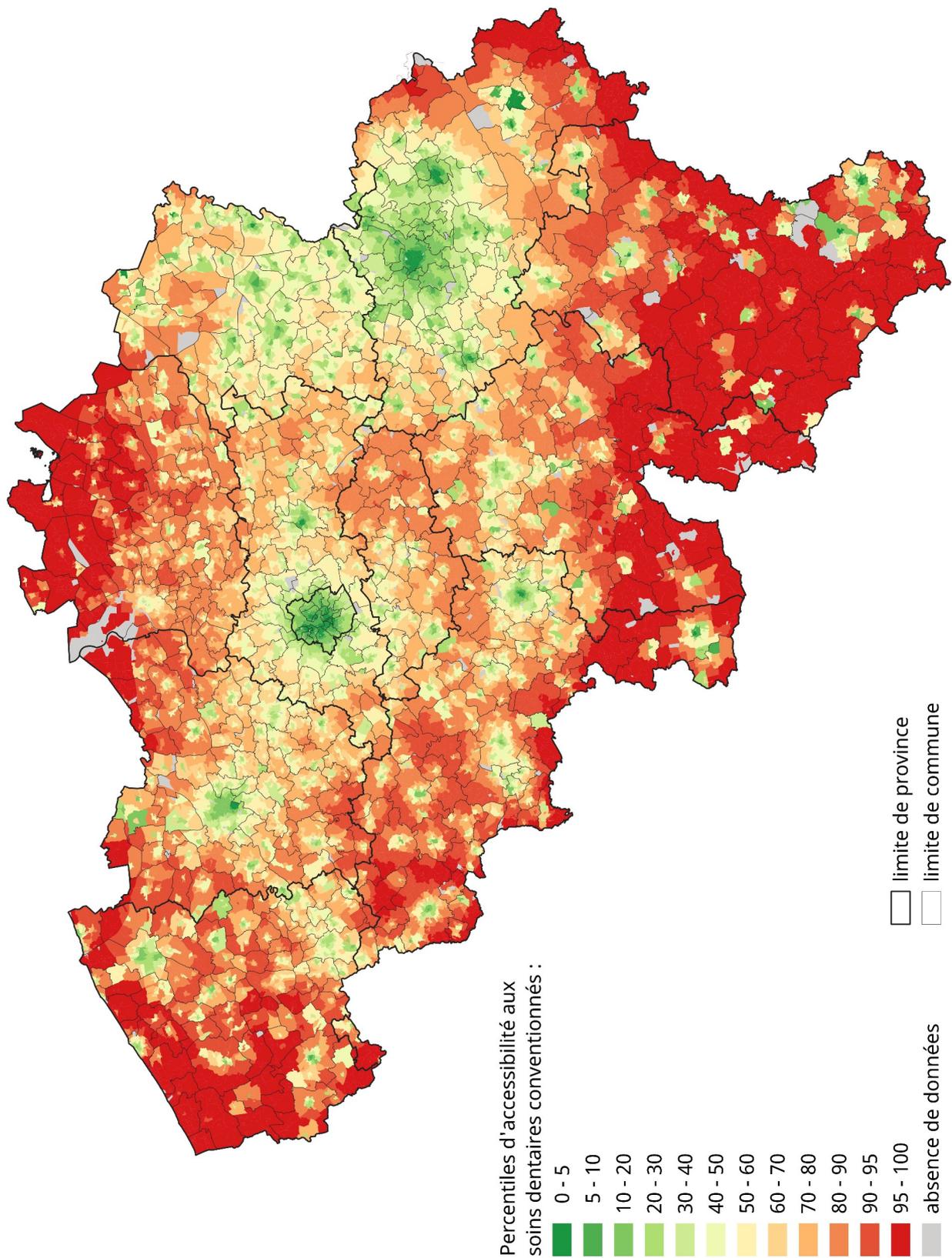
15 Cour des comptes (2016), [Remboursement des soins dentaires - Pour une gestion publique plus performante](#), Bruxelles.

16 Voir les cartes des bassins dentaires des grandes villes repris à l'annexe 2.

17 Plus exactement : au niveau des quelque 20 000 secteurs statistiques qui permettent de décrire le territoire à une échelle plus fine que le découpage administratif en 589 communes.

18 Le classement de la carte repose en réalité sur les distances potentielles que devraient parcourir les habitants de chaque quartier pour avoir accès à des soins dentaires conventionnés. Il faut bien sûr garder à l'esprit que ces distances sont théoriques. D'abord, le modèle ne prend en compte ni les différences locales de facilités de déplacement, ni même la longueur réelle des trajets, et le comportement qu'il prête à la population est extrêmement simplifié. Il est essentiel de souligner par ailleurs qu'un déficit de l'offre locale ne se traduit pas forcément, comme supposé dans le modèle, par un allongement des trajets réellement parcourus ; il peut aussi conduire une partie de la population à renoncer aux soins, ou à se tourner davantage vers des soins non conventionnés (pour cet aspect, nous renvoyons aux analyses 2 et 3 de notre série d'articles). Autrement dit, si les distances modélisées permettent bien de mesurer les importantes variations géographiques de l'accessibilité aux soins, et de mettre en évidence des situations de pénuries locales, elles ne disent rien par contre sur les différentes pratiques induites par ces pénuries, étudiées quant à elles dans les articles suivants.

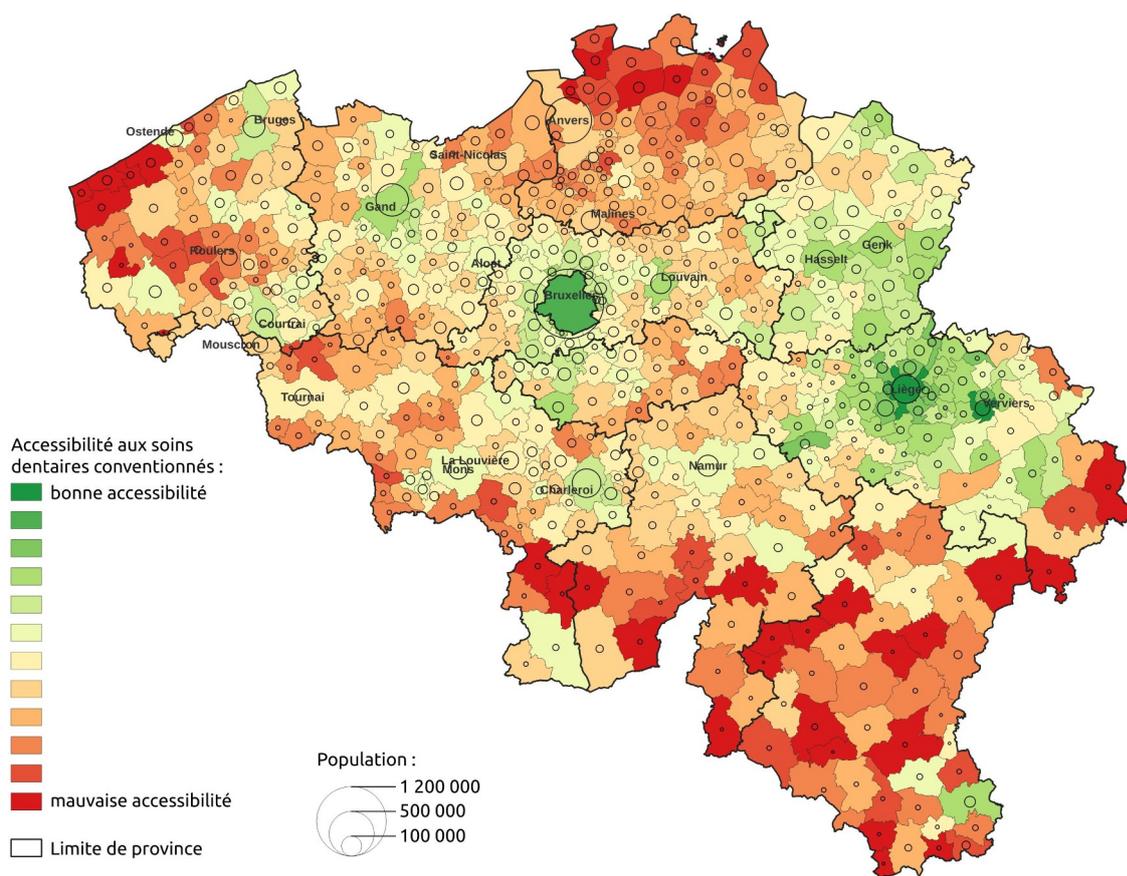
Carte 1: Accessibilité aux soins dentaires conventionnés



Attardons-nous plus précisément sur cette carte, et tentons de voir ce qu'elle révèle. De manière schématique, elle nous permet de faire trois constats.

1) Le premier et le plus évident des constats est que l'accessibilité géographique aux soins dentaires conventionnés est très loin d'être homogène sur l'ensemble du territoire. La carte 1 le fait apparaître de manière manifeste : les zones de meilleures accessibilités (en vert) s'observent généralement dans des quartiers urbains centraux, et les accessibilités apparaissent souvent très mauvaises (couleurs rouges) dans les espaces de faibles densités, en particulier au sud du sillon Sambre-Meuse, dans le Westhoek ou encore dans le nord du Hainaut occidental. Ci-dessous, nous affichons la même carte, mais cette fois à l'échelle de la commune (carte 2). La carte indique le niveau d'accessibilité moyen dont bénéficie la population au sein des communes belges, et indique pour chacune d'elles la population dans des cercles de taille proportionnelle à celle-ci¹⁹. Cette carte montre qu'au sein d'une même zone géographique, l'accessibilité est presque toujours meilleure dans les communes les plus peuplées. C'est clairement le cas des 5 grandes villes (Bruxelles, Anvers, Gand, Liège et Charleroi), dont la couleur tend moins vers le rouge que les communes dans leur périphérie, où une partie non négligeable de la demande de soins peut être adressée aux services dentaires de la ville centrale²⁰. C'est aussi le cas de la plupart des villes régionales, depuis

Carte 2: Soins conventionnés (moyennes par communes de l'accessibilité de la carte 1)



19 Sauf Bruxelles, dont les 19 communes ont été fusionnées.

20 Voir les cartes des zones d'influences des 5 grandes villes dans l'annexe 2.

les plus peuplées (Bruges, Namur, Mons, Louvain...) jusqu'aux plus petites comme Verviers ou Arlon²¹.

2) Le deuxième constat est que la question de l'accessibilité aux soins conventionnés est très loin de se réduire au problème des zones rurales peu densément peuplées. Le cas d'Anvers le montre spectaculairement : même si les accessibilités dans la plus grande ville de Flandre restent clairement meilleures que celles observées dans sa périphérie, elles sont étonnamment mauvaises non seulement si on les compare à d'autres villes, y compris bien plus petites, mais même par rapport à de nombreuses communes du Brabant, du Limbourg ou de la Flandre orientale. Globalement, c'est presque toute la province d'Anvers qui présente une mauvaise offre de soins dentaires conventionnés (les couleurs tendent vers le rouge, même dans les zones urbanisées de grande densité), à tel point que les accessibilités d'une partie importante de la Campine anversoise apparaissent d'un niveau comparable à celles des communes les plus excentrées des Ardennes ou du Westhoek. Aussi spectaculaire soit-il, le cas d'Anvers n'est pas unique. Toujours en dehors des espaces ruraux de très faibles densités, de mauvaises accessibilités s'observent également dans une grande partie du Hainaut (y compris les villes, si on les compare à des villes de tailles similaires), ou encore dans une partie des communes du littoral, dans une ville comme Roulers, etc. À l'opposé, les communes des régions liégeoises et limbourgeoises présentent presque partout des accessibilités meilleures qu'attendu en fonction de leur position dans la hiérarchie urbaine (les couleurs tendent fortement vers le vert, même dans des zones éloignées des centres urbains)²².

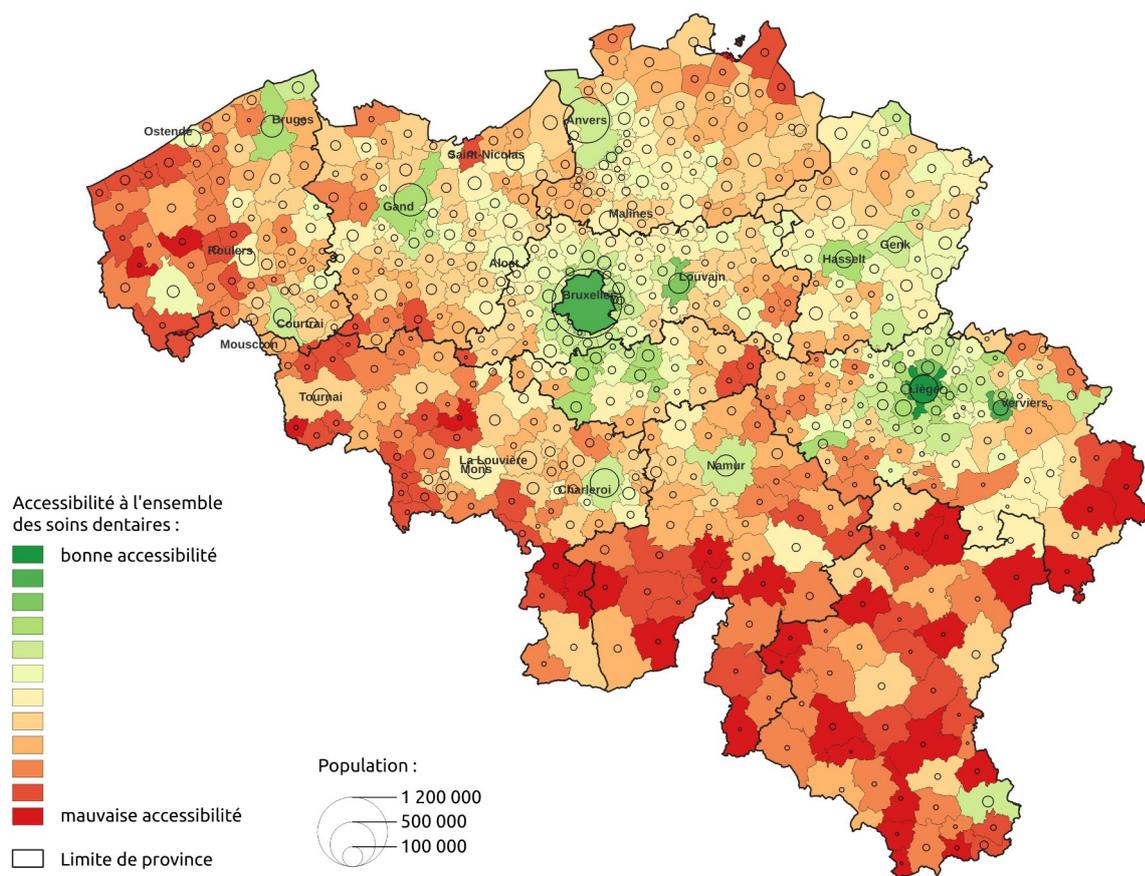
Le problème des mauvaises accessibilités aux soins conventionnés ne se réduit donc pas au cas des zones rurales de faibles densités (ni à celui des banlieues résidentielles). En réalité, une part non négligeable de la population située dans de mauvaises accessibilités réside en milieu urbain²³. Or, l'interprétation selon laquelle l'accessibilité est avant tout un problème rural ou de faible densité est très fréquente. Sans doute est-elle répandue car l'accessibilité globale se plie un peu mieux à ce type de description. La carte 3 ci-dessous le montre : elle désigne l'accessibilité globale aux soins dentaires par commune, c'est-à-dire à l'ensemble des prestataires, conventionnés ou non (précédemment on ne considérait bien que les conventionnés). On voit que l'accessibilité suit un peu mieux la densité de population : Anvers présente par exemple une meilleure accessibilité que celle vue précédemment, si l'on prend cette fois en compte l'ensemble des dentistes (la couleur de la commune d'Anvers est désormais en vert clair). Mais ici encore, les problèmes ne se réduisent pas aux seuls espaces périphériques faiblement peuplés : quand bien même on considère tous les soins, Roulers ou le Hainaut (en particulier dans ses pôles urbains) apparaissent mal classés. Cette observation nous amène nécessairement à faire un troisième constat.

21 Et c'est encore vrai pour de nombreuses petites villes (par exemple Marche-en-Famenne, Ciney, Chimay, Nivelles, Ypres, Audenarde, Aarschot ou Tirlemont pour n'en citer que quelques-unes)

22 Pour les communes du sud du Limbourg, les accessibilités sont très probablement ici surévaluées par la proximité du pôle liégeois (puisque'il n'a pas été tenu compte ici de la barrière linguistique, pourtant très étanche comme l'indique la carte de la zone d'influence de la dentisterie liégeoise – voir l'annexe 2)

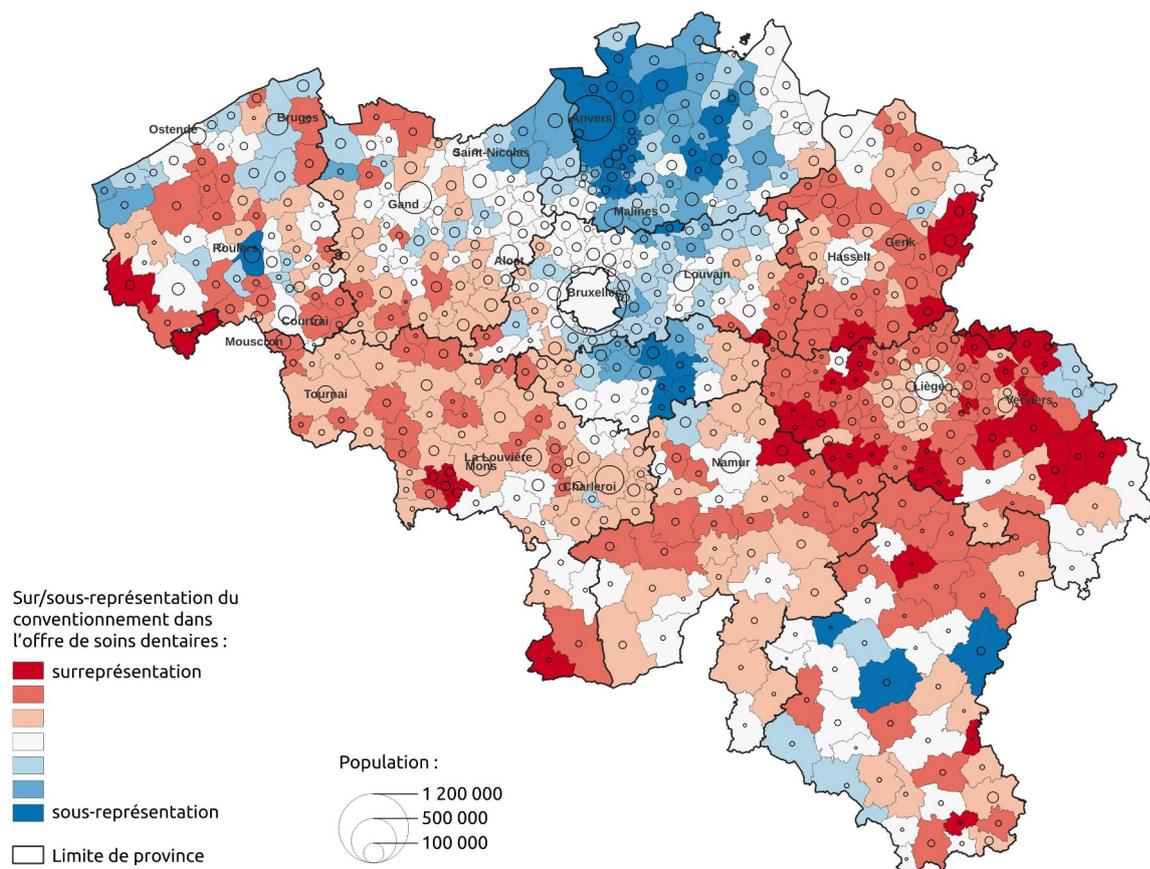
23 Voir l'annexe 3.

Carte 3: Ensemble des soins (conventionnés ou non)



3) Le troisième constat est que les déficits locaux de l'offre de soins conventionnés dépendent fortement de l'inégal taux de conventionnement des dentistes entre les différentes localités en Belgique. La carte 4 ci-dessous le montre de manière significative : elle représente l'écart entre l'accessibilité aux soins conventionnés (carte 2) et l'accessibilité aux soins dentaires globaux (carte 3). Autrement dit, les zones bleues indiquent les communes où, au sein de l'offre accessible, l'offre conventionnée est la moins bien représentée ; c'est l'inverse pour les zones rouges.

Carte 4: Sur/sous-représentation du conventionnement dans l'offre locale de soins



La carte permet ainsi de dégager quelques grandes tendances :

- Depuis la région liégeoise jusqu'à Tournai ou Mouscron, l'importance relative de l'offre conventionnée apparaît favorable dans presque tout l'axe urbain central wallon (hors Brabant wallon) ainsi que dans ses zones d'influence (les couleurs tendent vers le rouge). C'est également le cas en Flandre d'une part dans le Limbourg, et d'autre part, au sud de la Flandre intérieure, le long d'un arc allant des environs immédiats de Courtrai jusque dans le sud de la vallée de la Dendre.
- À l'opposé l'accessibilité conventionnée est particulièrement faible, relativement à l'offre globale, dans presque toute la province d'Anvers (dont très clairement à Anvers même), ainsi que dans une partie des périphéries résidentielles aisées comme au sud-est de Bruxelles (les couleurs tendent vers le bleu).
- Le reste du triangle métropolitain central Gand-Bruxelles-Anvers présente quant à lui un profil moyen.

Cette courte description suggère quelques pistes d'interprétation (pratiques spécifiques dans les [anciens] bassins industriels, y compris au Limbourg et dans les zones de petites et moyennes entreprises en Flandre intérieure ; moindre recours au conventionnement dans les banlieues aisées, spécificité du lien aux services de soins dans les grands espaces urbains...), mais qui doivent être regardées avec d'autant plus de prudence que les variations géographiques des taux de

conventionnement apparaissent très différentes selon les catégories de prestataires (médecins généralistes, gynécologues...).

Quoi qu'il en soit, l'ampleur de ces variations montre qu'il serait illusoire de s'attaquer aux déficits locaux de l'offre en soins conventionnés sur la base d'une analyse en termes de déserts médicaux, *sans accorder une place centrale à la question du conventionnement en tant que telle.*

Conclusion

Le droit à la santé, notamment à l'accès aux services médicaux, fait partie des droits fondamentaux. Or, nous voyons que de fortes disparités spatiales existent dans l'accès aux soins dentaires en Belgique. Ainsi, même dans un espace géographique d'aussi faible étendue que le territoire belge, la concurrence et la liberté de choix du lieu d'installation ne permettent pas d'assurer une bonne homogénéité de l'accès géographique aux soins dentaires conventionnés. Nous avons vu que les déficits locaux de l'offre de soins conventionnés sont loin de se réduire aux espaces excentrés peu densément peuplés, et se distinguent clairement des déficits de l'offre globale de soins dentaires ; ils dépendent aussi fortement de l'inégal taux de conventionnement des dentistes entre les différentes localités en Belgique.

Les fortes inégalités d'accès selon les zones de résidence mises en évidence dans nos analyses impliquent dès lors une inégalité entre les patients dont certains ne peuvent se faire soigner qu'au prix de déplacements parfois coûteux et difficiles, ou à des tarifs plus élevés auprès de dentistes non conventionnés. Des éléments suggèrent en outre que la faiblesse de l'offre conventionnée se traduit par une plus grande fréquence locale des suppléments d'honoraires, chez les dentistes non conventionnés mais aussi chez les conventionnés²⁴.

En bout de course, ces inégalités d'accès aux soins se traduisent par des inégalités de santé : les contraintes géographiques pèsent davantage sur les personnes les plus fragiles, peu mobiles ou à faibles revenus. L'analyse des pratiques de soins des patients montre en effet qu'une faible accessibilité géographique aux soins conventionnés génère un renoncement assez massif aux soins dentaires chez les plus pauvres, et a de ce fait un effet multiplicateur des inégalités sociales de santé. Ces aspects font l'objet des deux articles suivants consacrés à l'analyse des pratiques de soin face aux inégalités d'accès que nous avons mises ici en lumière.

24 Voir l'annexe 4.

Annexe 1 : les données utilisées

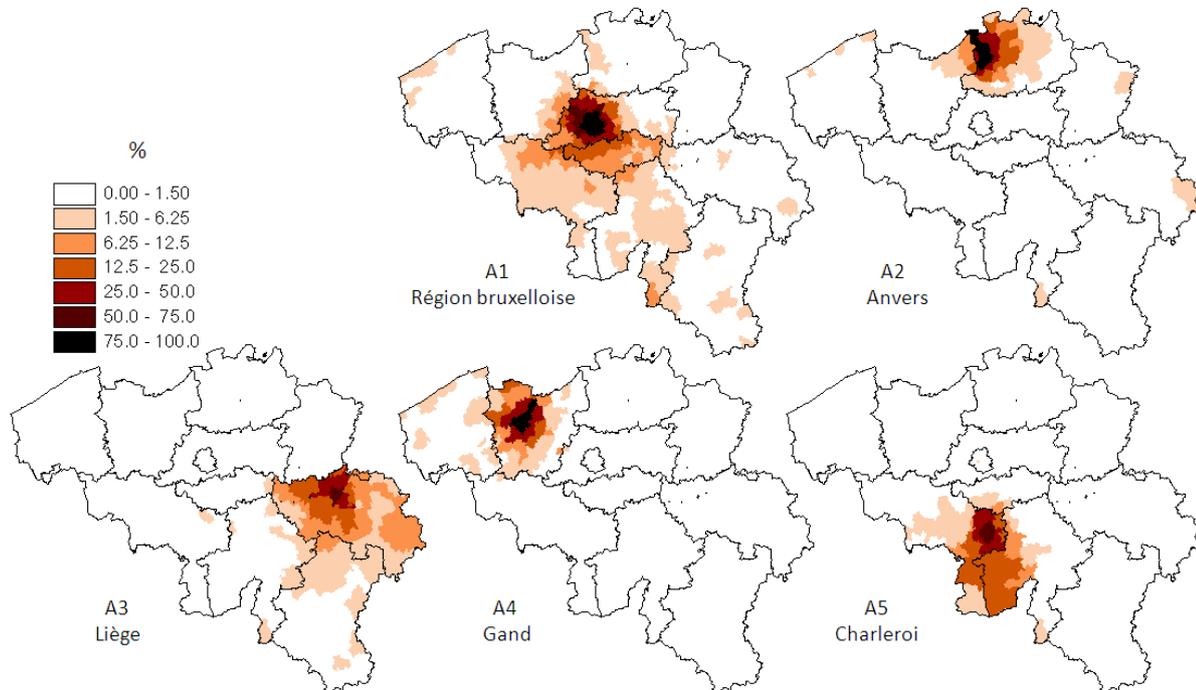
Nous utilisons principalement deux sources pour mesurer les services et les besoins de soins dentaires en Belgique :

- Les données de l'**INAMI**, qui listent tous les dentistes de Belgique et fournissent plusieurs informations à leur sujet. Les données intéressantes dans le cadre de notre recherche sont notamment les informations sur le conventionnement du dentiste et l'adresse (ou les adresses) de son cabinet pour pouvoir localiser les services dentaires.
- Les données de **Solidaris**, qui renseignent à la fois l'offre des soins dentaires procurés par les dentistes, et les consultations dentaires auxquelles se sont rendus les patients. Les données portent sur les « contacts », définis comme une rencontre à une date donnée entre un dentiste et un patient (quand bien même plusieurs soins dentaires sont pratiqués par un dentiste sur un patient, l'ensemble ne compte que pour un seul « contact » s'ils sont dispensés le même jour). Ne sont pris en compte que les contacts en ambulatoire (ne donnant pas lieu à une hospitalisation), et en excluant les soins en orthodontie ou en parodontologie (traitement des gencives), qui sont plus spécifiques.

À cause de la crise sanitaire qui a bouleversé les pratiques en matière de soins de santé, nous avons dû choisir une autre année que 2020 pour les analyses. Pour des raisons de faisabilité, nous avons choisi les données de 2018. Nous disposons en effet d'une liste de 7 153 dentistes qui ont eu au moins un contact avec un patient en 2018, constituant notre base d'analyse. Concernant les patients, nous disposons d'informations sur les pratiques de soins de 3 145 667 affiliés de Solidaris, à partir desquels nous avons extrapolé les résultats à l'ensemble de la Belgique en prenant en compte les spécificités des différents espaces géographiques.

Annexe 2 : bassins dentaires des grandes villes

Figure 3: Pourcentage par commune des consultations que les habitants ont faites dans chacune des 5 grandes villes



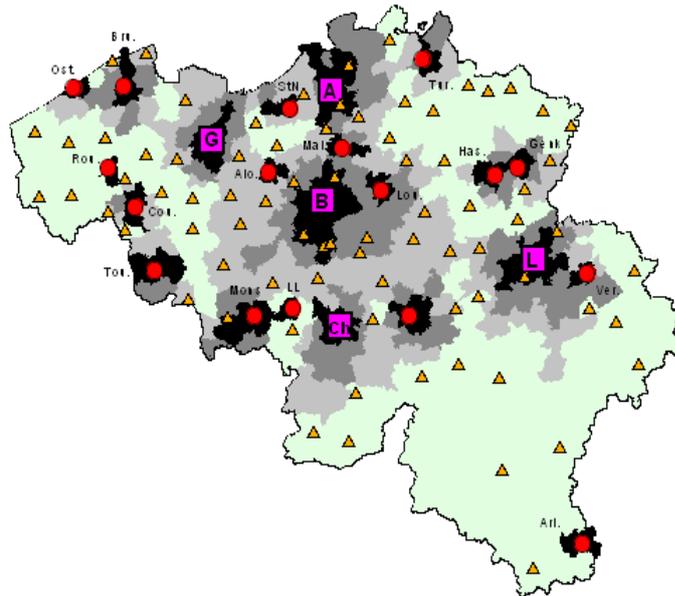
Commentaire

Une part parfois importante de la population habitant autour des grandes villes s'y déplace pour les consultations dentaires. L'étroitesse de la zone d'influence d'Anvers est frappante comparée à celle de Liège et celle de Bruxelles, qui s'étend jusqu'au-delà des limites du Brabant (encore une consultation sur 10 environ a lieu à Bruxelles pour les habitants de communes comme Ninove [Flandre orientale], Braine-le-Comte [Hainaut] ou Gembloux [Namur]). Concurrencée au nord par Bruxelles, l'influence de Charleroi s'étend essentiellement au sud vers des zones où l'accessibilité locale en soins conventionnés est souvent très mauvaise.

Annexe 3 : mauvaise accessibilité en milieu urbain

Tableau 2: Part de la population bien desservie (chiffres verts) et mal desservie (chiffres rouges) qui réside dans quelques types de villes et d'espaces^a

	Zones d'influence des grandes villes ou des villes régionales						Hors zones d'influence des grandes villes et villes régionales							
	Zone urbanisée centrale			périurbaine proche et moyenne		Zone périurbaine								
Grandes villes	■	49	6											
Villes régionales	●	14	8											
Petites villes	▲	3	2	▲	1	1	▲	4	6	▲	6	10		
Autres	■	10	7									■	5	26



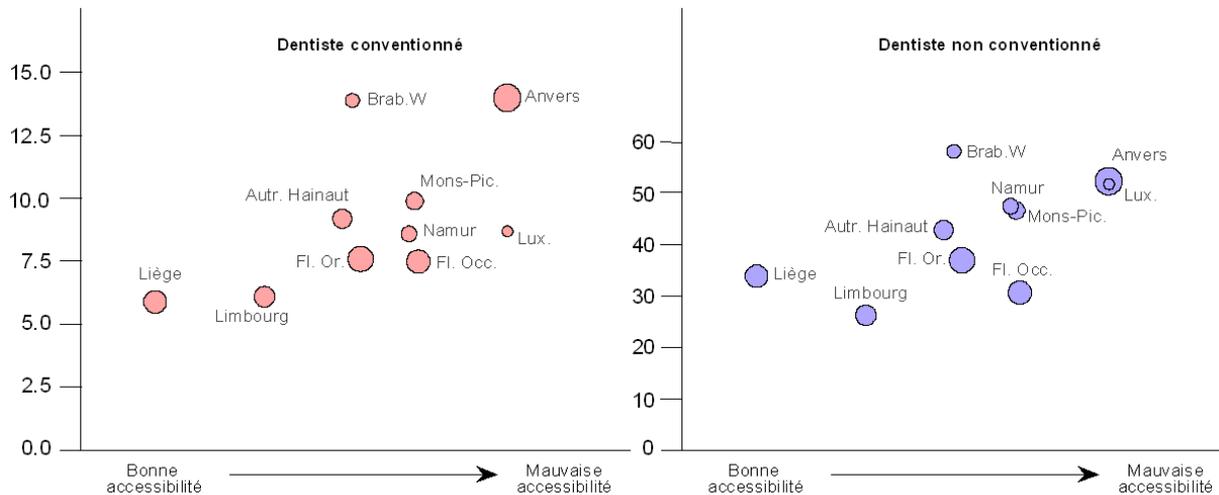
^a La population bien (mal) desservie est constituée des 30% de la population résidant dans les lieux les mieux (moins bien) desservis.

Commentaire

Si l'on regarde comment se répartissent sur le territoire les 30 % de la population ayant le moins bon accès aux soins conventionnés (tableau 2, chiffres rouges), on constate qu'un peu plus du tiers seulement (36 %) réside dans une commune hors de l'influence des villes principales (grandes villes et villes régionales), dont 10 % dans des petites villes, et 26 % (soit un quart seulement de l'ensemble) dans des communes pouvant être considérées comme relevant d'espaces ruraux de faibles densités. À l'opposé de ces espaces, 14 % de la population la plus mal desservie (soit tout de même une personne sur 7) réside dans une grande ville ou une ville régionale. Les 30 % de la population la mieux desservie (tableau 2, chiffres verts) se concentrent bien, quant à elle, dans les villes principales (63 %, avec près de 50 % dans les grandes villes), mais pas exclusivement : 11 % de ce groupe réside dans des communes hors de l'influence des villes principales.

Annexe 4 : suppléments d'honoraires

Figure 4: Proportion d'attestations avec suppléments d'honoraires chez les dentistes conventionnés et non conventionnés, selon l'accessibilité moyenne aux soins conventionnés (par fédération, Solidaris, 2016-2017)



Commentaire

Les suppléments d'honoraires apparaissent plus fréquents dans les fédérations ayant de moins bonnes accessibilités moyennes, aussi bien chez les dentistes non conventionnés que chez les conventionnés (avec il est vrai des suppléments globalement beaucoup moins fréquents dans ce dernier cas). On voit par exemple que les suppléments sont nettement moins fréquents dans les fédérations à très bonnes accessibilités de Liège et du Limbourg qu'à Anvers. Le cas du Brabant wallon suggère qu'à même niveau d'accessibilité, de plus hauts revenus moyens des habitants se traduisent également par une plus grande fréquence des suppléments.

Notes

- L'accessibilité aux soins conventionnés est l'accessibilité moyenne de l'indicateur d'accessibilité 2018 mesurée dans cet article.
- La tendance relevée ci-dessus ne s'observe pas chez les partiellement conventionnés.