

DOCUMENT DE TRAVAIL

Série « études et recherche »

n° 136 • février 2018

L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas

Résultats de l'étude réalisée par D&CONSULTANTS
Carlac'H Dominique, Ouardirhi Mélanie et Romeo Kelly

Cette publication n'engage que ses auteurs

Sommaire

■ SYNTHÈSE	9
■ LE MODÈLE ALLEMAND EN SANTÉ-BUCCO-DENTAIRE.....	10
I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire allemand	12
1. Contexte général : des disparités territoriales	12
2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend à la concentration de dentistes salariés.....	16
3. Régulation des tarifs par les financeurs	20
4. Valeur des soins bucco-dentaires et volume d'actes par typologie	21
II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires allemands	24
1. Structure des coûts et des revenus des cabinets dentaires.....	24
2. Retours d'expérience des dentistes allemands.....	26
Références	29
■ LE MODELE SUÉDOIS EN SANTÉ-BUCCO-DENTAIRE.....	30
I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire suédois.....	31
1. Contexte général : un système de santé limitant les disparités sociales	31 32
2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend au regroupement.....	38
3. Régulation des tarifs par les financeurs	41
4. Valeur des soins bucco-dentaires et volume d'actes par typologie	41
II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires suédois	44
1. Structure des revenus des cabinets dentaires	44
2. Retours d'expérience des dentistes suédois.....	45
Références	48
■ LE MODÈLE NÉERLANDAIS EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE.....	49
I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire des Pays-Bas.....	50
1. Contexte général	50
2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend au regroupement.....	56
3. Régulation des tarifs par les financeurs	60
4. Honoraires sur des actes clés	61
II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires néerlandais	63
1. Structure des coûts et des revenus des cabinets dentaires.....	63
2. Retours d'expérience des dentistes néerlandais.....	65
Références	70

■ SYNTHÈSE

Trois systèmes de santé bucco-dentaire ont été étudiés dans le but de décrire les caractéristiques des systèmes de prise en charge des soins bucco-dentaires et leurs effets sur l'organisation et les modèles économiques de cabinets dentaires : l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas.

Malgré une prise en charge des dépenses bucco-dentaires par l'assurance de base (régimes publics obligatoires) très variable d'un système à un autre (70 % en Allemagne, 39 % en Suède et 26 % aux Pays-Bas), ces trois systèmes ont pour principale similarité des volumes de soins conservateurs très élevés (75 % en Allemagne, 94 % en Suède et 70 % aux Pays-Bas) sur l'ensemble des soins dentaires. Cette volumétrie importante résulte notamment d'une politique de prévention incitative et de promotion de la santé bucco-dentaire pour l'ensemble de la population.

Au-delà de ces programmes de prévention, ces États soutiennent financièrement les soins bucco-dentaires des jeunes générations. Ceci se matérialise par une prise en charge à 100 % des soins bucco-dentaires des moins de 20 ans au global et une éducation à l'hygiène bucco-dentaire dès le plus jeune âge au sein des cabinets dentaires et des écoles.

Concernant les adultes, l'assurance de base allemande se révèle être la plus généreuse des trois : les soins conservateurs et prophylactiques sont pris en charge à 100 %, dans la limite néanmoins d'un panier de soins de base remboursé au tarif de la solution thérapeutique adaptée la moins coûteuse. Aux Pays-Bas, la couverture obligatoire est très restreinte, se limitant aux avulsions et prothèses dentaires amovibles. Le reste (et notamment les soins conservateurs) sont couverts par les assurances privées facultatives dont bénéficient 90% des Néerlandais. Le système suédois fonctionne, lui, sur le principe de subventions et de franchises annuelles mais laisse un reste à charge élevé pour les ménages (61 % des dépenses).

Concernant les tarifs des soins conservateurs, ils sont fortement valorisés en Suède et aux Pays-Bas, ce qui en fait une activité attractive pour les chirurgiens-dentistes de ces pays. En revanche, les tarifs sont faibles en Allemagne pour les assurés du public, mais compensés par les tarifs applicables à la patientèle privée.

Dans les trois pays, les taux de recours aux soins bucco-dentaires pour les adultes dans l'année sont supérieurs à 70 % (43 % en France).

L'exercice des soins dentaires évolue progressivement dans les trois pays vers un exercice pluriprofessionnel et salarié : (i) les dentistes libéraux délèguent la réalisation des soins de base à des assistants dentaires spécialisés ou des hygiénistes qualifiés, dans le but de se concentrer sur les soins plus complexes et sur la gestion de leur cabinet ; (ii) en vue de rationaliser les coûts, les dentistes libéraux ont recours à des dentistes salariés et tendent au regroupement.

Par ailleurs, pour inciter au suivi régulier, les dentistes de ces trois pays ont mis en place un système de prise de rendez-vous systématique et de rappels de rendez-vous. Les patients peuvent également faire l'objet d'incitation financière au suivi régulier, par de meilleurs remboursements des prothèses par exemple.

Les systèmes de régulation des tarifs diffèrent entre ces trois pays : en Allemagne, bien que les actes conservateurs soient faiblement valorisés et les volumes d'actes conventionnés plafonnés, ces contraintes sont compensées par la réalisation d'actes en faveur des assurés bénéficiant d'assurances privées. Aux Pays-Bas, les soins conservateurs sont fortement valorisés avec des tarifs plafonnés depuis 2013. Enfin, en Suède, les tarifs sont non opposables et fortement valorisés.

Une stratégie de santé clairement axée sur la prévention et la prise en charge des enfants constitue un point commun essentiel des trois systèmes étudiés. Les pays présentent des taux de recours aux soins élevés et une bonne santé bucco-dentaire de la population, en particulier chez les enfants. Et ce en dépit de niveaux de dépenses publiques, de montants et de modalités de remboursement très différents.

■ LE MODÈLE ALLEMAND EN SANTÉ-BUCCO-DENTAIRE

FOCUS SUR L'ALLEMAGNE

DONNÉES MACROÉCONOMIQUES CLÉS	
Population	80,9 millions
PIB (en milliards d'euros)	3 857
Part du PIB dépensé dans la santé	11,1 %
Poids des dépenses bucco-dentaires dans le PIB	0,55 %
Part des dépenses des régimes publics et obligatoires dans les soins bucco-dentaires (GKV)	70 %
Part des dépenses des régimes privés facultatifs dans les soins bucco-dentaires (PKV)	6 %
Part des dépenses directes des ménages dans les soins bucco-dentaires	25 %

SOURCES : POPULATION ALLEMANDE, PIB ET PART DU PIB DÉPENSÉ DANS LA SANTÉ (OCDE, 2016), POIDS DES DÉPENSES BUCCO-DENTAIRES DANS LE PIB (DESTATIS, 2015), PART DES DÉPENSES (DREES, LES DÉPENSES DE SANTÉ EN 2016, ÉDITION 2017).

Le système de santé allemand repose sur deux régimes distincts d'assurance de base :

- Un régime d'assurance public et obligatoire, la Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ;
- Un régime d'assurance privé, la Private Krankenversicherung (PKV), proposé aux individus ayant des revenus mensuels supérieurs à 4 462,50 euros bruts, qui restent libre d'y adhérer ou non à la place de l'assurance publique obligatoire, ainsi qu'aux fonctionnaires et aux indépendants.

Le système de base repose majoritairement sur le régime public : 87 % des Allemands y sont affiliés. L'assurance de base (publique et privée) couvre 70 % des dépenses de santé bucco-dentaire. Cette couverture de base est complétée par un régime d'assurances complémentaires privé et facultatif, prenant en charge 6 % des dépenses : le quart de la dépense restant est à la charge directe des ménages. Les dentistes allemands sont rémunérés directement par les différents assureurs (plus de 100 caisses d'assurance différentes).

Le régime de base offre une très bonne prise en charge pour les soins prophylactiques et conservateurs, particulièrement pour les mineurs. À l'âge adulte, une fidélisation entre patient et praticien s'opère grâce à un système de bonification. En effet, si le patient visite régulièrement son dentiste sur une période de 5 ans, il pourra bénéficier d'une prise en charge à hauteur de 65 % au lieu des 50 % de base sur les actes prothétiques. L'implantologie est quant à elle une spécialité non couverte par l'assurance de base. Elle est majoritairement hors du périmètre d'activités des cabinets dentaires généralistes, qui pour beaucoup sous-traitent cette activité spécifique.

Associée à ce soutien financier de l'assurance maladie de base sur les soins prophylactiques et conservateurs, l'Allemagne a fait le choix d'une politique de prévention dense encourageant la consultation régulière du plus grand nombre chez les dentistes. Les populations ciblées sont : les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes atteintes de maladies génétiques et victimes d'accidents graves. Cela se traduit par une bonne santé bucco-dentaire de la population, qui induit ainsi une gestion importante de volume d'actes prophylactiques et conservateurs de routine au sein des cabinets dentaires.

Le panier de soins des actes conventionnés par l'assurance obligatoire (nomenclature nationale BEMA) est limité aux actes indispensables. Les actes plus onéreux, innovants ou esthétiques (inlay-onlay par exemple ou couronne céramique) sont pris en charge sur la base de la nomenclature privée, induisant un reste-à-charge pour le patient (ou couvert par une assurance complémentaire facultative).

Le système de fixation des tarifs de cette nomenclature (BEMA) est relativement souple et pragmatique dans sa méthode de calcul. Le tarif d'un acte est le résultat de la multiplication entre le nombre de points attribué à l'acte et une valeur du point unitaire. Ces données prennent en considération différents facteurs tels que le temps moyen de réalisation de l'acte, les coûts associés, l'implantation régionale et l'inflation

monétaire. Les tarifs des actes en Allemagne sont ainsi globalement modérés. À titre d'exemple, les tarifs des actes prophylactiques et conservateurs sont équivalents à ceux pratiqués en France.

Le système actuel induit un grand volume d'actes prophylactiques et conservateurs de routine, modérément rémunérateurs et engendrant de nombreuses formalités administratives. Pour répondre à cette demande, les cabinets dentaires (individuels dans 81 % des cas) ont adopté une organisation adaptée par le recours à :

- Un nombre d'auxiliaires important (trois auxiliaires par dentiste en moyenne) aux qualifications variées permettant une spécialisation et une délégation des tâches ;
- Des fonctions support indispensables pour gérer la lourdeur administrative liée à la déclaration trimestrielle obligatoire des actes effectués, auprès de la KZV régionale ;
- Des dentistes salariés afin de rationaliser les coûts associés.

Par conséquent, il est compréhensible que les cotisations salariales soient le premier poste de dépenses, représentant près de 36 % des coûts totaux. Et que la sous-traitance de certaines tâches, de type préparation des prothèses par les laboratoires, en soit le deuxième, à hauteur de 27 %.

En termes de revenus, les dentistes sont doublement limités dans la réalisation des actes conventionnés remboursés par l'assurance de base et donc dans la rémunération associée, représentant en moyenne 50 % des revenus :

Au niveau national, chaque dentiste doit se limiter à un volume de 262 500 points annuels selon la nomenclature BEMA pour être rémunéré à 100 % sur les actes conventionnés effectués ;

- Au niveau régional, les frais par assuré traité sont également limités annuellement.

Ces plafonds peuvent inciter certains dentistes à reporter des soins d'une année sur l'autre, voire à fermer temporairement le cabinet, et dans la majorité des cas à réaliser des actes non conventionnés, représentant les 50 % restants des revenus.

La demande en soins dentaires est soutenue et dynamisée par les pouvoirs publics, en particulier pour les soins prophylactiques et conservateurs, et la densité de dentistes est une des plus fortes en Europe (86 dentistes pour 100 000 habitants). Il en résulte une certaine compétition localisée dans les grandes villes où pour optimiser les coûts, une configuration est privilégiée : le regroupement de dentistes au sein d'un même cabinet ou la cession/création de cliniques bucco-dentaires (MZV) gérées par des investisseurs privés. Ces dernières ont octuplé entre 2015 et 2016 (environ 150 en juin 2016).

LES POINTS FORTS DU MODÈLE ALLEMAND

- Un système de santé bucco-dentaire performant et efficient ;
- Un soutien de l'assurance maladie de base pour les soins conservateurs et prothétiques qui prévoit notamment que la fréquence de visite d'un patient adulte chez le dentiste, pendant une période minimale de 5 ans, est récompensée par une prise en charge plus importante sur les soins prothétiques ;
- Une politique de prévention dense et incitative ciblant une large typologie de patients ;
- Une demande en soins contenue par le plafonnement annuel de la rémunération des actes conventionnés, au niveau national, selon un nombre d'actes ou plus spécifiquement un nombre de points ;
- Un système de régulation des tarifs relativement souple et pragmatique dans sa méthode de calcul.

LES ÉCUEILS DU MODÈLE ALLEMAND

- Une lourdeur administrative qui doit être absorbée tous les trimestres lors de la facturation des actes réalisés ;
- Pour contourner la limite du plafonnement, certains dentistes reportent des soins de fin d'année à l'année suivante voire même ferment temporairement leur cabinet pour une courte période ;
- Il existe un risque d'inégalités de traitement entre assurés publics et assurés privés.

I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire allemand

1. Contexte général : des disparités territoriales

1.1 Le système de santé allemand

Le système d'assurance santé de base est double (régime public et obligatoire d'une part, et régime privé d'autre part). Il est par ailleurs complété par un régime d'assurances complémentaires privé et facultatif. Le système d'assurance santé allemand est composé de multiples assureurs (une centaine d'assureurs obligatoire, des assureurs entièrement privés et des complémentaires) auxquels les cabinets doivent facturer les prestations séparément.

En Allemagne, les dépenses de santé s'élèvent à 11,1 % du PIB en 2015 (OCDE, 2016), et celles pour la santé bucco-dentaire représentent 0,55 %, soit plus de 20 milliards d'euros, faisant de l'Allemagne un des pays dépensant le plus en Europe (Destatis, 2015). Ces dépenses sont prises en charge en moyenne à hauteur de 56 % par le régime obligatoire, 27 % par les patients et 17 % par les assurances privées (Paris, V. et al., 2016).

En Allemagne, le système de santé est constitué de deux régimes d'assurance de base : un obligatoire, nommé la Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)¹, et un privé nommé la Private Krankenversicherung (PKV). Depuis le 1^{er} janvier 2009, tous les habitants ont l'obligation d'être affiliés à l'un de ces deux régimes. Au total, près de 87 % des Allemands sont affiliés au régime public d'assurance maladie et 13 % à une assurance privée pour leur couverture de base (Ziller et al. 2015). Environ 23 % de la population allemande a souscrit une assurance privée facultative complémentaire (DREES, 2017).

L'affiliation au régime privé s'adresse aux personnes dont le revenu mensuel est supérieur à 4 462,50 euros bruts qui peuvent choisir de faire évoluer leur assurance obligatoire vers une assurance privée. L'assurance de base obligatoire est proposée au niveau régional par 117 organismes au total en 2016, à but non lucratif et certifiés par l'État. Ces organismes proposent une couverture de base à l'ensemble de la population, quels que soient le revenu et l'âge des patients. Le régime d'assurance privé PKV fonctionne, lui, au travers de 43 organismes à but lucratif (CLEISS, 2016).

Au-delà de la couverture de base obligatoire, les Allemands affiliés à une assurance de base de la GKV ont la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire facultative (Zusatzversicherung) auprès d'organismes d'assurances privés. Ces contrats d'assurances complémentaires peuvent concerner tous les types de soins en santé, ou cibler exclusivement les soins bucco-dentaires. Ces derniers constituent la majorité des contrats d'assurances complémentaires contractés par les Allemands. En 2014, 14,4 millions d'Allemands, soit 18 % de la population, avaient contracté une assurance complémentaire incluant au minimum les soins bucco-dentaires (Bourdoiseau, 2015), soit un taux en constante augmentation, le nombre de contrats ayant doublé en 10 ans.

Plusieurs formules de couverture sont proposées, d'un minimum couvrant une partie du reste à charge uniquement sur les prothèses, à une couverture totale sur tous les types de soins bucco-dentaires. La tarification de ces contrats est dépendante de l'âge du patient et du niveau de couverture souhaitée.

¹ L'assurance maladie obligatoire est financée quasiment intégralement par les cotisations, calculées sur les salaires bruts ou sur les pensions (plafond mensuel de 4 125 euros par mois en 2015). Depuis le 1^{er} janvier 2009, le taux des cotisations est fixé par le gouvernement fédéral ; il est de 14,6 % au 1^{er} janvier 2015. La cotisation est prise en charge pour moitié par le salarié et par l'employeur. Certaines personnes peuvent être exemptées de cette cotisation brute mensuelle dès lors que leur revenu mensuel est inférieur à 450 euros, ou avoir une cotisation plus faible pour les revenus entre 450 et 850 euros par mois (CLEISS, 2016).

1.2 La prise en charge des soins bucco-dentaires par le régime public et obligatoire

Une très bonne prise en charge pour les soins prophylactiques et conservateurs et particulièrement pour les mineurs. Une incitation au suivi régulier des adultes pour les soins prothétiques grâce à un système de bonification sur la prise en charge des soins prothétiques. Une implantologie non couverte par l'assurance de base publique et majoritairement hors du périmètre d'activités des cabinets dentaires généralistes (observation d'une sous-traitance dédiée).

La prise en charge des soins bucco-dentaires diffère entre les enfants âgés de moins de 18 ans et les adultes. En effet, l'assurance de base obligatoire couvre intégralement les soins prophylactiques et conservateurs des enfants² et adultes.

En revanche, si les soins prothétiques pour les enfants sont couverts à 100 %, les soins prothétiques des adultes le sont à hauteur de 50 % du tarif de référence. Cependant, cette prise en charge peut s'élever à 60 % ou 65 % dans le cas où le patient consulte régulièrement le dentiste, à hauteur de deux consultations tous les ans pendant 5 ans³ (Klingenberger et al., 2015).

Le processus d'obtention de ce « Bonus » (Festzuschussystem für Zahnersatz) est relativement simple : lorsque le patient doit bénéficier d'un traitement incluant des actes prothétiques, le dentiste lui fournit un plan de santé avec devis associé (Heil- und Kostenplan), en attestant de la régularité des visites du patient sur les 5 (ou 10) dernières années. Ce document pourra dès lors être envoyé à l'assurance de base du patient afin qu'il bénéficie de ce bonus.

² L'orthodontie est aussi couverte dans le cas où le chirurgien-dentiste atteste de la nécessité de la prise en charge.

³ Si cette régularité de visite chez le dentiste est attestée sur une période de plus de 10 ans, le taux de prise en charge peut s'élever à 65 %.

Tableau 1 • Récapitulatif de la prise en charge des patients en Allemagne sur la base des tarifs de référence⁴

Prise en charge des :	Soins prophylactiques et conservateurs	Soins prothétiques (sur le tarif de référence)	Implants
< 18 ans	100 %	100 %	0 %
Adultes	100 %	50 % Avec bonus : 60 % ou 65 %	0 %

SOURCE : KLINGENBERGER ET AL., 2015.

L'Allemagne a fait le choix que les services indispensables en matière de prévention et soins conservateurs soient remboursés intégralement par l'assurance de base obligatoire avec une prise en charge prothétique relativement forte en comparaison d'autres pays européens et une incitation au suivi régulier.

Les techniques « innovantes » (dont l'inlay-onlay), les actes considérés comme « esthétiques » (couronne céramo-céramique) ou les implants sont exclus du panier de soins de l'assurance obligatoire. Les patients peuvent toutefois recourir à ces soins, à leur charge directe ou financés par une assurance complémentaire. Toutefois, certains matériaux nécessaires à la réalisation de soins indispensables peuvent également être exclus du panier de soins, comme les digues en caoutchouc pour l'endodontie ou les collages pour les composites. Ils sont donc comptabilisés comme des dépenses privées.

Tous les dentistes conventionnés sont habilités à pratiquer des actes de nature privée en complément de leur activité conventionnée.

1.3 Les programmes de prévention mis en place

Une politique de prévention dense et incitative encourageant la consultation régulière du plus grand nombre chez les dentistes (cibles : enfants, personnes âgées, personnes handicapées, maladies génétiques et victimes d'accidents graves).

Depuis plusieurs années, des programmes de prévention ciblent particulièrement les enfants, les personnes âgées et handicapées et les personnes à très faibles revenus.

Trois échelles de prévention assurent la prise en charge spécifique des enfants : aux niveaux individuel, collectif et national.

- La prévention à l'échelle individuelle est un programme permanent qui a été mis en place en 1991. Il s'adresse à deux catégories d'âge :
 - Les enfants de 0 à 72 mois, pour lesquels sont organisés des bilans dentaires et analyses des risques quant à l'évolution de leur santé bucco-dentaire (BZAEK et KZBV, 2014). Ces consultations incluent une analyse approfondie de l'état bucco-dentaire (risque et état CAO⁵, malformations) qui sera renouvelée 9 fois sur des tranches d'âges définies (dès 4 - 6 semaines pour la première, et jusqu'à 60 - 72 mois pour la dernière). Des conseils de régime alimentaire et d'hygiène bucco-dentaire sont également prodigués aux parents pour leurs enfants. La GKV a la responsabilité de financer ce programme, et a investi notamment 12,5 millions d'euros en 2005 ;
 - Les enfants de 6 à 18 ans ont deux visites obligatoires par an chez le dentiste. Chaque visite inclut les actes prophylactiques suivants : un bilan de santé, une formation à l'hygiène bucco-dentaire, la fluoruration et la réparation des fissures si nécessaire. Ces enfants ont un suivi individuel en fonction de leur bilan de santé bucco-dentaire. En 2014, 9,5 millions d'actes prophylactiques ont été effectués dans ce cadre, financés par le système d'assurance obligatoire. En 2005, la GKV a notamment investi plus de 374 millions d'euros dans ce programme.

⁴ Le tarif de référence est le tarif de base spécifié dans la nomenclature BEMA-Z.

⁵ L'état CAO correspond à l'évaluation du nombre de dents cariées, absentes ou obturées.

- La **prévention à l'échelle collective** est aussi un programme permanent mis en place en 1989 et géré à l'échelle de la commune et de la région. Ce programme est destiné aux établissements scolaires recevant des enfants âgés de 3 à 12 ans. Selon les besoins estimés par la commune ou par la région, des dentistes désignés soit par la région ou faisant partie du service public dentaire (dentistes salariés du public) y réalisent des consultations collectives 1 à 4 fois par an. Lors de ces visites, les dentistes dispensent des enseignements sur l'hygiène bucco-dentaire et l'alimentation, effectuent des dépistages des caries, et peuvent aussi réaliser des traitements au fluor si nécessaire. Ces dépistages facilitent l'identification des enfants « à risques » afin de les rediriger chez le dentiste pour une consultation plus approfondie. En 2008, 14 000 dentistes ont participé à ce programme et ont suivi 6,8 millions d'enfants jusqu'à 12 ans, soit 80 % des enfants allemands. Financé par le système d'assurance obligatoire GKV, le budget annuel alloué à ce programme est aujourd'hui d'environ 43 millions d'euros (contre 34,6 millions d'euros en 2005).
- Enfin, des lois et des campagnes d'information et de sensibilisation sont utilisées dans le cadre du programme de **prévention à l'échelle nationale** dans le but de favoriser une meilleure santé bucco-dentaire en Allemagne. Plusieurs mesures ont été prises telles que l'autorisation d'ajouter du fluor dans le sel de table en 1991, ou encore une campagne de sensibilisation en 2004 organisée par l'agence centrale pour l'éducation à la santé (BZGA).

Les personnes âgées et handicapées bénéficient également de mesures de prévention depuis 2012, s'ajoutant aux consultations biannuelles gratuites. Ces mesures encouragent les dentistes à effectuer des consultations sur les lieux de résidence des patients (BZAEK et KZBV, 2010). Plus précisément, des actes ont été rajoutés pour permettre de couvrir ces déplacements, qui sont désormais rémunérés pour le dentiste⁶.

En 2014, deux ans plus tard, le périmètre a été élargi aux centres de soins et maisons de retraite. Dès la première année (2014), 1 708 contrats de collaboration ont été ainsi signés entre les centres de soins/maisons de retraite et les chirurgiens-dentistes pour répondre à ce besoin.

Enfin, les personnes atteintes de maladies (agénésie génétique généralisée des dents, pathologies tumorales affectant directement ou indirectement les dents) ou victimes d'accidents graves peuvent bénéficier d'une aide financière spécifique pour les soins bucco-dentaires. Les prothèses et implants sont ainsi pris en charge à hauteur de 100 % et 50 % respectivement, sous réserve de validation de l'éligibilité du patient à cette aide suivant le diagnostic d'un dentiste.

Les patients à très faibles revenus⁷ peuvent prétendre à une aide supérieure sur les prothèses pouvant aller jusqu'à une prise en charge à 100 % du tarif de référence. Les implants ne sont en revanche pas pris en charge pour ces personnes.

1.4 État de santé bucco-dentaire des Allemands

Une incitation et un soutien financier à la fréquence de consultation, favorisant une bonne santé bucco-dentaire et induisant des actes prophylactiques et conservateurs de routine pour les cabinets dentaires.

Deux consultations annuelles chez le dentiste sont recommandées et gratuites en Allemagne, incitant la population à se rendre chez le dentiste pour réaliser des contrôles et des soins de base⁸.

On observe un taux de recours moyen de 71,3 % en 2014, celui-ci étant légèrement supérieur pour les femmes (75,0 %) que pour les hommes (67,5 %) (Klingenberg et al., 2015). Par ailleurs, on distingue un taux de recours en 2014 nettement supérieur pour les enfants et les personnes âgées par rapport aux adultes, à hauteur de 81,9 % pour les enfants de 12 ans et 89,6 % pour les plus de 65 ans contre 71 % pour les personnes âgées de 35 à 44 ans, proche de la moyenne nationale.

⁶ Les actes 151 à 155 et 161, 162, 165, 171, 172, 181 et 182 permettent de facturer des déplacements, des consultations et opérations exceptionnelles, avec notamment une surfacturation possible pour les horaires de nuit ou de week-end.

⁷ Très faibles revenus : gagnant moins de 450 €/mois et couverts par une assurance de base obligatoire. Concernant les extra-européens, il faut avoir une autorisation de séjour en Allemagne pour pouvoir souscrire à une assurance.

⁸ En moyenne, les Allemands ont visité un dentiste 1,4 fois par an en 2009 d'après une étude de l'OCDE réalisée en 2011 (OCDE, 2011).

Ces différents éléments expliquent en partie le bon niveau de santé bucco-dentaire de l'Allemagne. Si l'on considère les critères de santé bucco-dentaire (indice CAO, « zéro CAO » et édentés), l'Allemagne affiche de bons résultats en comparaison aux pays de l'OCDE.

Tableau 2 • Comparaison des indices CAO, pourcentage de zéro CAO à 12 ans et d'édentés à 65 ans entre l'Allemagne et la France entre 2009 et 2011

	Indice CAO à 12 ans	% de zéro CAO à 12 ans	% de la population édentée à >65 ans
<i>Allemagne</i>	0,5	70 %	23%
<i>France</i>	1,2	56 %	16 %

SOURCES : INDICE CAO (OCDE, 2017), % CAO (CED, 2015) ET % EDENTEE (CECDO 2014).

On constate ainsi lors de la dernière étude épidémiologique effectuée en 2009 que l'indice CAO à 12 ans était de 0,7. Le pourcentage de « zéro CAO » à 12 ans était de 70 % en 2009, contre seulement 56 % en France. En revanche, 23,6 % de la population de plus de 65 ans est édentée, contre 16 % en France.

2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend à la concentration de dentistes salariés

En 2014 on recensait 91 330 dentistes en Allemagne pour 70 740 en activité. Ceci représente près de 86 dentistes (salariés et libéraux) pour 100 000 habitants, classant l'Allemagne parmi les pays européens présentant la densité de dentistes la plus forte (KZBV, 2015).

Une démographie de dentistes implantée plus largement en zone urbaine, en cohérence avec la proportion de la population dans ces zones (tableau 3).

Tableau 3 • Répartition de la population de dentistes allemands en fonction du niveau d'urbanisation et de la répartition de la population allemande en 2014

	Proportion de dentistes	Proportion de la population
<i>Zone urbaine</i>	71 %	68 %
<i>Zone centre-ville</i>	35 %	29%
<i>Zone périphérie de ville</i>	36 %	39 %
<i>Zone rurale</i>	29 %	32 %
<i>Zones rurales avec concentration de population</i>	16 %	17%
<i>Zones rurales peu peuplées</i>	13 %	14%

SOURCE : SOURCE INTERNE KZBV, 2014.

La très grande majorité des dentistes est conventionnée et regroupée dans la KZBV, confédération des dentistes conventionnés rassemblant les 17 associations régionales des dentistes conventionnés (KZV). Ces structures ont pour rôle d'organiser et d'assurer la délivrance des soins bucco-dentaires en Allemagne, tout en servant d'intermédiaire entre les dentistes et les organismes d'assurance de la GKV. Ces associations interviennent ainsi dans la définition de la liste des actes remboursés et des tarifs associés, mais aussi dans le traitement administratif de la facturation des soins effectués par les dentistes à destination des assurances. Cette

étape de traitement a pour but de contrôler les déclarations des dentistes en même temps que d'aider ceux-ci éventuellement dans la facturation⁹.

2.1 Un secteur libéral prédominant et attractif économiquement

Au sein des 70 740 dentistes actifs en Allemagne, 87 % sont libéraux (propriétaires ou salariés d'un cabinet) et 4,5 % sont salariés du secteur public, le reste étant en formation ou stage, voire non conventionnés (part marginale).

Le secteur libéral est attractif économiquement : la rémunération annuelle moyenne brute d'un dentiste libéral propriétaire étant de 148 900 euros contre 47 400 euros pour un dentiste salarié (KZBV, 2015).

Au sein du secteur public, les dentistes sont répartis entre quatre services différents : 63 % (1 900 dentistes) sont employés dans les Universités, tandis que la force armée et le Service Public Dentaire en emploient chacun 15 %. Enfin, 7 % de ces dentistes travaillent en hôpital.

À noter que les dentistes des Services publics dentaire ont pour principal rôle de mettre en œuvre les programmes de prévention collective au sein de leurs régions¹⁰ d'exercice.

2.2 Une majorité de cabinets dits individuels

Une tendance à la rationalisation des coûts, par l'embauche de dentistes au sein de cabinets individuels, pour satisfaire un marché de volume en soins prophylactiques et conservateurs.

Une majorité des cabinets libéraux sont d'exercice dit individuel¹¹ représentant 81,3 % contre 18,7 % de cabinets d'exercice regroupés (KZBV, 2015).

En Allemagne, la définition d'un cabinet d'exercice individuel signifie que le cabinet est la propriété d'un unique dentiste. Ainsi, parmi ces cabinets dits individuels on constate la présence de dentistes salariés employés par le propriétaire du cabinet. En effet, depuis 2007 la loi « Vertragsarztrechtsänderungsgesetz » autorise les dentistes propriétaires à employer jusqu'à deux dentistes salariés. On estime aujourd'hui qu'il y a au global près de 1,2 dentiste par cabinet individuel.

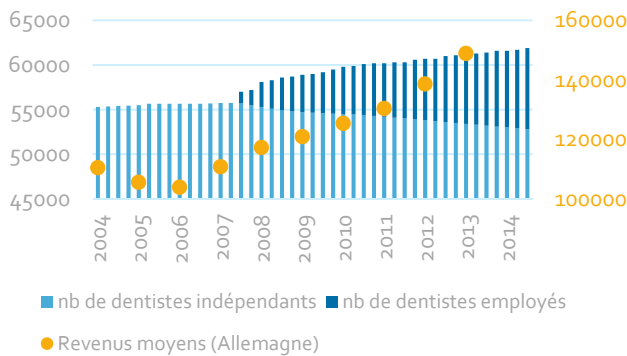
Depuis cette loi, le nombre de dentistes salariés n'a cessé d'augmenter (figure 1). En effet cette configuration affiche des avantages pour les deux parties, les dentistes propriétaires améliorant leur rentabilité et les jeunes dentistes pouvant pratiquer sans avoir à investir ou à gérer une entreprise.

⁹ Chaque cabinet déclare auprès de sa KZV régionale les coûts liés aux actes conventionnés réalisés qui sont ensuite envoyés aux assurances de la GKV, qui rémunèrent les dentistes en retour. Les versements par la GKV s'effectuent tous les trimestres sur la base des soins réalisés à 3 mois d'intervalle, dans la limite d'un budget annuel défini par cabinet. Des vérifications sont réalisées régulièrement par la GKV, pouvant amener à des réévaluations de paiement jusqu'à 2 ans post-versement.

¹⁰ La présence des services publics dentaires est limitée à certaines régions.

¹¹ Nombre de cabinets dentaires privés d'exercice individuel en Allemagne : 35 650.

Figure 1 • Évolution du nombre de dentistes libéraux en Allemagne et part des dentistes indépendants et salariés au sein de cabinets privés, sur la période 2004 à 2014

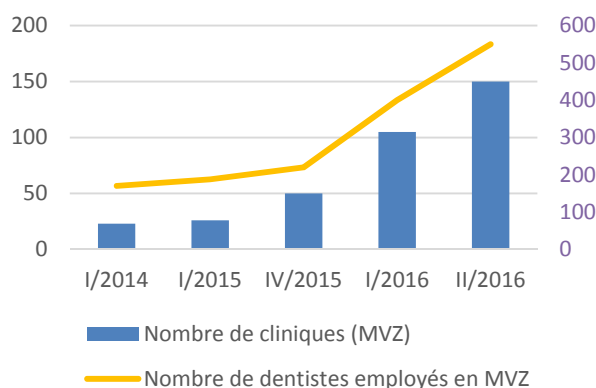


SOURCE : APOBANK, 2016.

Les cabinets d'exercice regroupés sont, eux, définis comme ayant au minimum deux dentistes propriétaires associés. Actuellement, 86,4 % des cabinets regroupés ont deux associés, et 13,6 % ont plus de deux associés. En moyenne, un cabinet regroupé comptabilise 2,3 dentistes incluant dentistes propriétaires et salariés. Cette organisation est privilégiée en zone urbaine afin d'optimiser les coûts de structure et de faire face à la concurrence. Cette configuration est davantage appréciée par les jeunes générations : 33 % des cabinets créés par des dentistes de 30 à 40 ans seront de typologie regroupée contre seulement 16 % pour des cabinets créés par des plus de 40 ans.

De plus, en 2015 a été votée une loi (Versorgungsstärkungsgesetz) autorisant la création de cliniques bucco-dentaires pouvant dépasser les deux dentistes salariés par dentiste propriétaire. Ces centres bucco-dentaires Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ont en moyenne 0,84 dentiste propriétaire pour 3,6 dentistes salariés. Ces structures se créent de plus en plus (cf. figure 2 ci-dessous). Elles peuvent être antérieures à la loi mais affichaient obligatoirement auparavant plusieurs spécialités médicales, à l'image des polycliniques principalement localisées en ex-Allemagne de l'Est. En moins d'un an le nombre de cliniques bucco-dentaires (MVZ) a octuplé¹², principalement en zone urbaine et faiblement en périphérie ou en campagne (figure 2).

Figure 2 • Évolution du nombre de cliniques MVZ suite à la loi de 2015 (droite – les trimestres de l'année en question sont indiqués en chiffres romains)



SOURCE : APOBANK, 2016.

¹² Les MVZ étaient au nombre de 150 en juin 2016 selon la KZBV.

2.3 Une forte densité d'auxiliaires

Une forte densité d'auxiliaires avec une variété de profils qualifiés (techniques et administratifs) illustrant la tendance à la spécialisation des tâches et à l'autonomie qui favorise la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires.

Les cabinets dentaires allemands fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires. Ils dépassent les 3 auxiliaires par dentiste en moyenne, en équivalent temps plein. Au total, on dénombre 182 600 auxiliaires (incluant assistants spécialisés ou non, et hygiénistes), et 58 000 techniciens dentaires (CED, 2015).

Les hygiénistes en Allemagne sont principalement des assistants dentaires spécialisés en hygiène bucco-dentaire. Une formation certifiante permettant d'être diplômé comme « hygiéniste » vient d'être mise en place en 2016, sous l'impulsion de l'association des hygiénistes allemands Deutscher Dental Hygienikerinnen Verband (DDHV).

De manière plus générale, la chambre fédérale des dentistes propose des formations supplémentaires pour les assistants, leur permettant d'acquérir une spécialité parmi les quatre suivantes :

- Assistance opérationnelle (Zahnmedizinische Fachassistentin) ;
- Administration (Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin) ;
- Prophylaxie (Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin) ;
- Hygiène bucco-dentaire (Dentalhygieniker).

Ces formations sont dispensées par l'Institut dentaire pour la formation continue et effectuées en alternance dans un cabinet. Grâce à ces formations supplémentaires, les dentistes ont la possibilité de déléguer plus de tâches à leurs assistants, telles que certains actes, comme par exemple le détartrage des dents (au-dessus des gencives uniquement) ou la prophylaxie, réalisés sous contrôle du dentiste. L'Allemagne comptait déjà plus de 15 000 assistants spécialisés en 2014 (Ziller et al., 2015).

Les techniciens dentaires ont pour principale fonction de fabriquer des prothèses à destination des cabinets. Ces auxiliaires sont principalement salariés au sein de laboratoires spécialisés et peu au sein de cabinets dentaires (18 % des cabinets dentaires emploient au moins un technicien). L'association allemande des techniciens dentaires, ou Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI), est garante de l'octroi du diplôme de technicien via une formation en alternance dans des laboratoires.

Au-delà des auxiliaires techniques, des fonctions support (comptables, directeur et assistant administratif) complètent l'organisation en ressources humaines d'un cabinet dentaire. Ces ressources ont pour principales fonctions de gérer la procédure obligatoire de déclaration des actes effectués induisant une lourdeur administrative (complexité, délais de versement, etc.).

En effet, à la fin de chaque trimestre, l'ensemble des actes conventionnés effectués au sein du cabinet pendant ces trois mois sont répertoriés sous forme d'une liste anonymisée. Pour chaque acte sont précisés le tarif et l'assurance du patient. Ces documents sont envoyés à la KZV de la région du dentiste. La KZV vérifie alors la conformité de la déclaration en comparant les déclarations des différents dentistes de la région (proportions de patients et quantités totales d'actes¹³). Ceci permet de s'assurer que l'ensemble est cohérent avec les données recueillies via tous les dentistes de la région. Lorsque les déclarations sont conformes, la KZV transfère alors les factures aux assurances visées, qui vérifient à leur tour la conformité de la déclaration et émettent les versements à la KZV en vue de rémunérer les dentistes. Ce processus de vérifications nécessite un trimestre après la déclaration des dentistes.

¹³ Si les déclarations dépassent les 100 % de patients de la région, les assurances peuvent exiger un arrêt des versements. Par ailleurs, un cabinet réalisant un nombre anormalement important d'actes en comparaison d'autres cabinets alentours devra justifier ou corriger sa déclaration.

3. Régulation des tarifs par les financeurs

Un système de régulation des tarifs relativement souple et pragmatique dans sa méthode de calcul : prise en compte de l'implantation régionale, de l'évolution des technologies et de l'indice du coût de la vie, avec une révision annuelle à la marge.

Un comité fédéral des professions médicales « Gemeinsamer Bundesausschutz » (composé de représentants des médecins, dentistes, paramédicaux, hôpitaux et caisses d'assurance maladie en consultation avec des représentants de patients) définit les grandes orientations tarifaires (Richtlinien) pour les soins couverts par les assurances de base du GKV. Il décide en général les actes à inclure dans le panier de soins et les priorités pour le remboursement.

La valeur des actes est ensuite négociée dans le cadre d'un comité tarifaire réunissant les organismes publics d'assurance obligatoire regroupés au niveau fédéral dans le GKV-Spitzenverband (GKV-SV) et les associations de dentistes conventionnés (KZV et KZBV).

L'ensemble des actes remboursés par les assurances de base est listé dans la nomenclature Bewertungsmassstab für Zahnärzte (BEMA-Z). Les tarifs actuels reposent essentiellement sur les grandes réformes entreprises entre 2003 et 2004 pour rééquilibrer les tarifs des soins préventifs, conservateurs, prothétiques et orthodontiques. Le tarif final est le résultat du produit entre un nombre de points (représentant le temps passé et les frais de matériel) multiplié par une valeur de point.

Le nombre de points d'un acte prend en considération différents facteurs (Micheelis et Meyer, 2002) :

- Le temps moyen nécessaire à la réalisation de cet acte, multiplié par le coût horaire moyen d'un dentiste, et par un coefficient représentant la difficulté de l'acte ;
- Les frais généraux (auxiliaires, salles, etc.) par rapport à un temps de travail annuel moyen du dentiste, et ramenés à la durée de la réalisation de l'acte ;
- Les frais directs induits par l'acte notamment les frais de personnel et matériels associés pour la bonne réalisation de l'acte (auxiliaire supplémentaire, etc.).

La nomenclature BEMA-Z n'a depuis pas connu de modification majeure en termes d'actes couverts ou de valorisation en nombre de points à l'exception de l'introduction d'actes en 2012 couvrant le déplacement du dentiste auprès de personnes à mobilité réduite.

La valeur du point unitaire est négociée annuellement dans chaque région entre l'association régionale des dentistes conventionnés (les KZV) et les organismes d'assurances présents dans la région. Pour les soins prothétiques, cette valeur de point est négociée spécifiquement entre la KZBV et la GKV-SV ; pour les autres soins, les négociations s'opèrent entre les KZV de chaque région et les assurances de base régionales.

Annuellement, la révision de la valeur du point unitaire tient compte de l'inflation monétaire et du niveau de vie moyen observé régionalement. La valeur du point varie également en fonction de la nature du soin (environ 1,13 € pour la prévention, 1,02 € pour les soins conservateurs et la chirurgie, 0,89 € pour la prothèse, 0,78 € pour l'orthodontie) et à la marge selon les assureurs¹⁴. La valorisation des actes préventifs est plus forte que celle des actes prothétiques. Les actes préventifs sont en effet mieux valorisés que les soins prothétiques. Etant souvent moins exigeants en termes de technicité et de temps passé, il s'agit ainsi d'un moyen de rendre les actes conservateurs plus attractifs financièrement. Le tarif est unique pour tous les patients, quel que soit le niveau de sévérité.

Le tarif de référence d'un acte est défini selon son nombre de points qui sera multiplié par une valeur de points. Ci-dessous un exemple de calcul tarifaire d'une obturation selon la nomenclature allemande BEMA-Z. On considèrera ici une valeur de point moyenne équivalente à 1 point = 1 euro.

¹⁴ À titre d'exemple, on peut consulter la valeur du point par assureur obligatoire en Bavière sur le site de la KZV Bayerns (valeur 4ème trimestre 2016) : <https://www.kzvb.de/zahnarztpraxis/abrechnung/punktwerte/>.

Figure 3 • Calcul du tarif pour une obturation à partir de la nomenclature allemande BEMA-Z

13		Präparieren einer Kavität, Füllen mit plastischem Füllmaterial einschließlich Unterfüllung, Anlegen einer Matrice oder die Benutzung anderer Hilfsmittel zur Formung der Füllung und Polieren	
13 a	F1	einfächig	32
13 b	F2	zweifächig	39
13 c	F3	dreifächig	49
13 d	F4	mehr als dreifächig oder Eckenaufbau im Frontzahnbereich unter Einbeziehung der Schneidekante	58
13 e		einfächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	52
13 f		zweifächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	64
13 g		dreifächige Kompositfüllung im Seitenzahnbereich	84

Code de nomenclature	Valeur moyenne du point choisie : 1 € Ex : Obturation 1 face (code : 13a) 32 points → 32*1 = 32 €	Points pour chaque acte
----------------------	---	-------------------------

SOURCE : KZBV, 2016

Les actes de la nomenclature privée (« GOZ – Gebührenordnung für Zahnärzte ») font l'objet d'une autre nomenclature (applicables aux patients de la GKV pour les actes hors nomenclature BEMA-Z et aux patients de la PKV pour tous les actes). Le tarif de référence est parfois inférieur au tarif fixé pour la GKV mais peut être multiplié par 2,3 ou 3,5¹⁵ en fonction de la complexité de l'acte (et possiblement du coût acceptable pour le patient). Ces tarifs de la nomenclature GOZ ne sont par ailleurs pas opposables, et peuvent varier en fonction du praticien.

4. Valeur des soins bucco-dentaires et volume d'actes par typologie

4.1 Honoraires sur des actes clés

Une adaptation (i) aux besoins de la patientèle avec la proposition et la prise en charge de rendez-vous téléphoniques sommaires, et (ii) aux besoins de la profession par la possibilité de facturer les rendez-vous manqués.

Les actes principaux listés ci-après se divisent en quatre catégories : les soins prophylactiques, les soins conservateurs, les soins prothétiques et les implants (KZBV, 2016). Afin de transposer en euros les tarifs des actes de la nomenclature, une valeur de point unique a été choisie comme précédemment : 1 point = 1 euro.

Plusieurs enseignements sont mis en exergue au travers de ce tableau récapitulatif :

- Les tarifs allemands sont globalement modérés : à titre d'exemple les tarifs des actes prophylactiques et conservateurs sont équivalents à ceux pratiqués en France ;
- Le panier de soins BEMA est limité, induisant qu'une part (cependant minoritaire) des actes relève de soins hors nomenclature conventionnée.

¹⁵ La nomenclature privée négociée avec les assurances privées contient trois niveaux de tarifications. Le niveau 1 correspond au nombre de points indiqué, multiplié par la valeur de point unitaire, similairement à la nomenclature BEMA-Z. Les deux niveaux supérieurs ont un coefficient multiplicateur – 2,3 et 3,5 – permettant d'augmenter le prix selon des critères de difficulté et de temps principalement, estimés par le dentiste.

À noter que les actes dits de « rendez-vous » et de « consultation » diffèrent par leur nature et leurs modalités de tarification :

- Un acte de « rendez-vous » dentaire est très sommaire tandis que l'acte de « consultation » inclut une analyse approfondie de la santé bucco-dentaire du patient ;
- L'acte de « rendez-vous » dentaire peut être facturé une fois tous les trois mois, qu'il soit réalisé au téléphone ou en cabinet ;
- L'acte de « consultation » peut être facturé une fois tous les six mois.

Dans tous les cas, la facture détaillant le plan de traitement intégrera l'acte spécifique de « consultation » ou de « rendez-vous ».

Dans le cadre des consultations biennuelles, les patients reçoivent des alertes par mail de la part de leurs dentistes leur rappelant la date et l'heure du prochain rendez-vous, et ce jusqu'à échéance.

Dans le cas où le patient ne se présente pas à une consultation, le dentiste ne reçoit pas de compensation financière. Cependant, les dentistes peuvent faire signer, préalablement à une consultation, un accord exigeant une compensation financière si les patients venaient à manquer leur rendez-vous.

Tableau 4 • Principaux actes de la nomenclature allemande BEMA-Z

ACTES	France - Base de remboursement	Allemagne – Base de remboursement*
Rendez-vous, même téléphonique		9 euros
Consultation	23 euros	18 euros
Diagnostic :		
1 Radio rétro alvéolaire	7,98 euros	12 euros (prix –dégressif avec le nombre)
1 Radio panoramique	21,28 euros	36 euros
Chirurgie :		
Avulsion simple d'une dent	33,44 euros	12,9 euros
Avulsion d'une dent incluse	83,60 euros	49,88 euros
Hygiène prophylaxie :		
Détartrage	28,92 euros	13,76 euros
Prophylaxie individuelle :		
Bilan de santé (IP1)		17,2 euros
Instruction santé et hygiène (IP2)		14,62 euros
Fluoration (IP4)		10,32 euros
Réparation de fissures (IP5)		13,76 euros
Dépistage pour enfants entre 30 et 72 mois (FU)		21,25 euros
Soins conservateurs :		
Obturation d'une molaire (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	Non précisé pour une molaire (voir obturation coronaire)
Obturation coronaire		
1 face	19,28 euros	32 euros
2 faces	33,74 euros	39 euros
3 faces	40,97 euros	49 euros

Inlay-onlay (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	De 32 à 49 euros (Couvert comme un amalgame)
Traitement endodontique d'une dent :		
Groupe incisivo-canin (1 seule racine)	33,74 euros (avec exérèse de pulpe vivante)	18 euros
Prémolaire (1 à 2 racines)	48,20 euros	18 à 36 euros
Molaire (2 à 3 racines)	81,94 euros	36 à 72 euros
Bilan parodontal	-	39 euros (Enregistrement d'entité et création d'un plan de traitement et de coûts pour les maladies de la muqueuse et parodontale)
Prothèses et Implants		
Inlay-core	Sans clavette : 122,55 euros Avec clavette : 144,05 euros	De 32 à 49 euros (Couvert comme un amalgame)
Couronne :		
Métallique	107,50 euros	120 euros
Céramo-métallique	107,50 euros	120 euros
Totale céramique	107,50 euros	120 euros
Bridge de base		
Tout métallique	279,50 euros	148 euros
Céramique - Métallique - Métallique	279,50 euros	187 euros
Céramique - Céramique - Métallique	279,50 euros	187 euros
Tout céramique	279,50 euros	
Prothèse amovible 14 dents	182,75 euros	~250 euros (mâchoire supérieure)
		~290 euros (mâchoire inférieure)
Implantologie		
Pose d'un implant chez l'enfant	438,90 euros	Non couvert par la GKV
Pose d'un implant chez l'adulte	422,18 euros	Non couvert par la GKV

* POUR L'ASSURANCE OBLIGATOIRE PUBLIQUE (GKV), TARIFS CALCULÉS SUR LA BASE DE LA NOMENCLATURE BEMA-Z 2016, POUR UNE VALEUR DE POINT ARRONDIE À : 1 POINT = 1 EURO.
SOURCE : KZBV, 2016.

4.2 Les dépenses en actes parodontologiques, conservateurs et prothétiques

Les soins conservateurs constituent le premier poste de dépenses du système de base obligatoire, en lien direct avec la politique de soins bucco-dentaires allemande mise en place.

La GKV (système obligatoire public) recense l'ensemble des actes bucco-dentaires réalisés et remboursés par les différents organismes publics d'assurance de base obligatoire. Les dépenses nationales en soins conservateurs et prothétiques remboursées par la GKV pour l'année 2014 sont présentées ci-dessous (KZBV, 2015).

Tableau 5 • Valeur et volume des dépenses de la GKV en 2014 par typologie de soins

Dépenses nationales en soins conservateurs et prothétiques remboursées par les assurances de base obligatoires (GKV) en 2014 en Allemagne							
	TOTAL	Soins conservateurs	Prophylaxie	Prothèses	Orthodontie	Parodontie	Autres
Valeur (milliards euros)	13,03	7,46 (57,3%)	0,5 (3,9%)	3,2 (24,6%)	1,03 (7,8%)	0,42 (3,2%)	0,42 (3,2%)
Volume (milliers d'actes)	122 314	91 754 (75%)	9 463 (8%)	9 774 (8%)	7 742 (6%)	1 027 (1%)	2 554 (2%)

SOURCE : KZBV, 2015.

Bien que les tarifs soient très proches de ceux pratiqués en France, le volume d'actes réalisés est nettement différent. En effet, on dénombre 91,8 millions d'actes conservateurs et prophylactiques effectués en 2014 en Allemagne, soit près de trois fois plus qu'en France. Les soins conservateurs et chirurgicaux représentent 75 % des soins dentaires en volume en Allemagne (58 % en valeur), contre près de 53 % en France (50,3 % en valeur).

Concernant les actes remboursés par des assurances privées, la PKV ne communique pas sur ces chiffres. Cependant, selon l'Institut des dentistes allemands (IDZ), les soins prothétiques représenteraient 58 % des actes couverts par la PKV (en valeur), notamment du fait du recours grandissant à des assurances complémentaires.

II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires allemands

1. Structure des coûts et des revenus des cabinets dentaires

Une rémunération des actes conventionnés plafonnée sous deux angles : au niveau national par un plafond en nombre de points BEMA et au niveau régional par des frais limités annuellement par assuré traité.

Premier poste de dépenses des cabinets dentaires allemands : les charges salariales à hauteur de 36 %, en lien direct avec la volonté de s'appuyer sur des auxiliaires et des dentistes salariés.

Une volonté de sous-traiter certaines tâches de type préparation des prothèses par les laboratoires : 2^e poste de dépenses à hauteur de 27 %.

Une rentabilité influencée par la localisation géographique, au-delà d'une implantation en centre-ville de grande ville ou en zone rurale : un niveau de vie plus élevé en ex-Allemagne de l'Ouest qu'en ex-Allemagne de l'Est.

L'association fédérale des dentistes conventionnés a étudié en 2013 les recettes et les dépenses moyennes des cabinets dentaires allemands¹⁶. Les principales conclusions à retenir de cette étude sont les suivantes :

- Les revenus d'un cabinet dentaire proviennent autant de l'assurance de base obligatoire (GKV) que des assurances privées et/ou des patients directement ;
- 62 % des dépenses se répartissent sur deux postes de coûts : 36,0 % pour les charges salariales et 26,7 % pour de la sous-traitance à des laboratoires. Les charges salariales sont en première position,

¹⁶ Étude réalisée sur un échantillon représentant 5 % des cabinets dentaires conventionnés.

notamment du fait d'un fort recours aux auxiliaires dentaires, permettant par ailleurs d'effectuer un plus grand volume d'actes ;

- Le bénéfice moyen d'un cabinet dentaire est supérieur en ex-Allemagne de l'Ouest comparé à un cabinet installé en ex-Allemagne de l'Est, respectivement 192 200 euros contre 132 800 euros. Cette différence s'explique principalement par un contexte historique ayant induit un décalage de développement et un niveau de vie inférieur, bien que l'écart tende à se réduire.

Tableau 6 • Recettes moyennes d'un cabinet individuel allemand en 2013

	Valeur	Part des recettes totales
Revenu total d'un cabinet dit individuel (près de 1,2 dentiste en moyenne)	544 100 euros	
Provenant de l'assurance obligatoire	264 900 euros	48,7 %
Hors assurance obligatoire (provenant des assurances privées et/ou des patients)	279 200 euros	51,3 %

SOURCE : KZBV, 2015.

Tableau 7 • Dépenses moyennes d'un cabinet individuel allemand en 2013

	Valeur	Part des dépenses totales
Charges totales d'un cabinet dit individuel (près de 1,2 dentiste en moyenne)	362 800 euros	
Charges en personnel	130 500 euros	36,0 %
Services de laboratoires	96 700 euros	26,7 %
Charges matérielles	36 400 euros	10,0 %
Autres charges d'exploitation dont :	99 200 euros	27,3 %
Coûts fonciers et de structure	25 300 euros	7,0 %
Intérêts sur emprunts	6 000 euros	1,6 %
Amortissement	17 000 euros	4,7 %
Autres charges d'exploitation	50 900 euros	14,0 %

SOURCE : KZBV, 2015.

Les dentistes sont limités dans la réalisation des actes conventionnés, et donc dans leur rémunération associée à ces actes, à deux échelles :

- Au niveau national, chaque dentiste pourra être rémunéré à 100 % des actes conventionnés effectués dans une limite annuelle de 262 500 points BEMA ;
- Au niveau régional, les frais sont limités annuellement par assuré traité.

Au niveau national, le volume d'actes conventionnés est plafonné annuellement pour chaque dentiste à hauteur de 262 500 points BEMA (article 1 du livre V du code social, paragraphe 85 : Gesamtvergütung), limitant ainsi la part des recettes sur cette activité. En effet, si un dentiste dépasse ce seuil, les actes supplémentaires effectués ne seront pas rémunérés à 100 % mais à 80 % (1^{er} niveau de dépassement), à 70 % au-dessus de 337 500 points (2^e niveau), voire à seulement 60 % au-dessus de 412 500 points (3^e niveau). Cependant, seulement 7 % des cabinets dentaires allemands dépassent ce plafond chaque année.

De plus, un autre plafond est négocié localement entre l'assurance et la KZV de la région pour déterminer une limite de frais par assuré traité.

Si les termes de la négociation l'exigent, la KZV devra alors répartir le dépassement en rémunérant proportionnellement moins tous les dentistes¹⁷. Elle pourra renégocier le plafond pour l'année suivante, dans le cas où ces dépassements se justifient.

Ces plafonds peuvent pousser les dentistes à reporter des soins de fin d'année à l'année suivante, ou à sélectionner les patients, voire même fermer temporairement le cabinet pour une courte période.

2. Retours d'expérience des dentistes allemands

Une analyse de trois cabinets dentaires d'exercice individuel a été réalisée en 2016. Ces cabinets sont implantés dans le centre-ville de Munich (a), en périphérie de Munich (b) et à Leverkusen en périphérie de Cologne (c). La concurrence étant rude dans les grandes villes comme Munich, il est crucial pour les cabinets dentaires situés au centre de ces grandes villes d'avoir des ressources humaines qualifiées. Ces cabinets rémunèrent donc en général plus fortement leurs employés pour pérenniser les emplois créés, augmentant ainsi les charges salariales. Les dentistes eux-mêmes sont obligés de se former en continu.

Par ailleurs, malgré certaines critiques vis-à-vis de la complexité administrative pour le remboursement, le système est considéré comme efficace. La fixation des tarifs est vue comme rationnelle et juste.

Malgré des profils d'activité variés, des points communs subsistent :

- Un premier poste de dépenses consacré aux charges salariales ;
- Un nombre important d'auxiliaires combiné à un nombre accru de fauteuils, permettant une plus grande délégation, et induisant une plus grande capacité de prise en charge au regard du volume national d'actes prophylactiques et conservateurs effectués annuellement ;
- Une similarité dans la typologie de soins bucco-dentaires prodigués aux patients : une majorité de soins prophylactiques et conservateurs réalisés ; des soins prothétiques et la pose d'implants effectués principalement sur des cibles spécifiques, personnes âgées et immigrés ;
- Une lourdeur administrative dans la gestion de la facturation des actes. La procédure de déclaration des actes effectués étant très complexe, cette gestion est entièrement déléguée à du personnel dédié (assistante, comptable du cabinet dentaire, etc.).

En outre, la proportion de la patientèle adhérente auprès d'assurances privées est plus importante au sein de cabinets situés en centre-ville, représentant 50 % du portefeuille patient contre 35 % en périphérie de Munich et 10 % pour le cabinet situé à Leverkusen.

Cas d'un cabinet en centre-ville de Munich (a)

Localisation du cabinet	En centre-ville de Munich (1,5 million d'habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel (1,5 dentistes en ETP ¹⁸)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire - 40h de soins par semaine et 10h de formation (internet, journaux, conférences, etc.) 1 dentiste sous-locataire (spécialité endodontie) - 4 demi-journées / semaine 1 dentiste payé au prorata du chiffre d'affaires généré pour le cabinet (non salarié, spécialisé en implants et actes chirurgicaux) - 1 demi-journée / semaine 1 hygiéniste - le dentiste est toujours en supervision 1 assistante dentaire
<i>Typologie des patients</i>	Classes moyennes et classes supérieures, vivant au centre-ville (haut niveau de vie) 50 % avec une assurance privée et 25 % avec une assurance complémentaire
<i>Typologie de soins effectués</i>	Très grande majorité de soins préventifs et conservateurs (bon niveau de santé de la patientèle)

¹⁷ Par exemple, si le budget est dépassé de 10 %, la rémunération sur les actes effectués par les dentistes sera minorée de 10 %.

¹⁸ ETP : équivalent temps plein.

Localisation du cabinet	En centre-ville de Munich (1,5 million d'habitants)
	Soins prothétiques ou implants principalement réalisés pour des personnes âgées
<i>Structure des recettes</i>	Chiffre d'affaires annuel : entre 300 000 euros et 400 000 euros 50 % de soins conservateurs et prophylactiques en volume
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales (35 % - dans la moyenne nationale selon le tableau 6) 2 ^e poste de dépenses : les laboratoires (prothésistes)
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Avantage de la sous-location pour le 2 ^e dentiste : possibilité de changer de partenaire à tout moment et allègement des charges liées au loyer Les cabinets du centre-ville sont en général d'exercice regroupé pour partager les frais et faire face à la concurrence
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	Le système du tiers payant de la GKV est avantageux pour le patient mais induit en parallèle deux limites d'usage : Le patient prend moins conscience des actes réalisés et est moins sensibilisé au coût Le dentiste a une incertitude sur les remboursements à venir : le remboursement est effectué tous les trimestres sur la base des soins réalisés à 3 mois d'intervalle et des réévaluations de paiement jusqu'à 2 ans post-versement sont possibles Le patient ne pouvant contester ni confirmer la déclaration du dentiste, ce dernier peut alors sur-déclarer les soins conventionnés prodigués

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TÉLÉPHONIQUES RÉALISÉS PAR D&CONSULTANTS, OCTOBRE 2016.

Cas d'un cabinet en périphérie de Munich (b)

Localisation du cabinet	Germering (37 000 habitants), en périphérie de Munich
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel (1 dentiste en ETP)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire 2 hygiénistes (1 temps plein et 1 à mi-temps) 1 assistante dentaire (temps plein) 2 employés pour la direction administrative et la comptabilité (temps plein)
<i>Typologie des patients</i>	Classes moyennes supérieures et une part d'expatriés notamment extra-européens 35 % des patients avec une assurance privée 1/3 des patients ont plus de 45 ans, patientèle fidèle du cabinet créé il y a plus de 30 ans
<i>Typologie de soins effectués</i>	Tous types de soins Les soins non-intrusifs sont traités en autonomie complète par les hygiénistes Les soins conservateurs, prothétiques et la pose d'implants concernent la population plus âgée (> 45 ans) et les expatriés extra-européens (il existe une différence de santé notable entre les classes sociales d'origine de ces expatriés, contrairement aux Allemands)
<i>Structures des recettes</i>	Majorité en volume de soins préventifs Les recettes sont équilibrées avec environ 1/3 de soins conservateurs, 1/3 de soins prothétiques et 1/3 de pose d'implants
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales représentent plus de 40 % des dépenses, au-dessus de la moyenne nationale (selon le tableau 6) car le propriétaire veut mieux payer ses employés que les autres 2 ^e poste de dépenses : les prothèses et implants des laboratoires pour lesquels aucun bénéfice n'est réalisé
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Des employés consacrés à la gestion administrative lui permettent de se concentrer sur la pratique des soins

Localisation du cabinet	Germering (37 000 habitants), en périphérie de Munich
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	La lourdeur administrative dans la déclaration des actes effectués auprès des assurances, nécessitant du personnel dédié (1,5 temps plein au sein de ce cabinet)

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TÉLÉPHONIQUES RÉALISÉS PAR D&CONSULTANTS, OCTOBRE 2016.

Cas d'un cabinet à Leverkusen en périphérie de Cologne (C)

Localisation du cabinet	Leverkusen (160 000 habitants) dans la région de Cologne
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel (2 dentistes en ETP)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire 1 dentiste salarié 2 hygiénistes (temps plein) 2 assistantes dentaires (mi-temps) 2 techniciens dentaires 1 réceptionniste 1 comptable Les deux dentistes travaillent 35h / semaine À noter : 5 fauteuils, dont 1 pour de l'hygiène dentaire
<i>Typologie des patients</i>	Classes moyennes principalement – 10 % avec assurance privée. 1/4 avec une assurance complémentaire, notamment les moins de 30 ans qui y sont encouragés par les dentistes Le cabinet traite 20 à 25 patients par jour (3 à 4 patients par heure pour 2 dentistes)
<i>Typologie de soins effectués</i>	Tous types de soins sauf implants (redirection vers des spécialistes) Augmentation du nombre de soins prothétiques avec une population récemment immigrée Les soins non-intrusifs sont traités en autonomie complète par les hygiénistes
<i>Structures des recettes</i>	En valeur : 70 % de soins prothétiques, 25 % de soins conservateurs et 5 % de soins prophylactiques et parodontaux
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales qui représentent plus de 60 % des dépenses (supérieur à la moyenne nationale selon le tableau 6) du fait de l'organisation de ce cabinet avec 1 dentiste propriétaire et 1 dentiste salarié à plein temps
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Rentabilité par l'emploi de dentistes salariés ainsi que l'emploi d'apprentis dentistes (les dentistes doivent en effet travailler comme apprentis dentistes lors des deux dernières années d'étude)
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	La lourdeur administrative dans la déclaration des actes effectués auprès des assurances, nécessitant du personnel dédié tel qu'un comptable

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TÉLÉPHONIQUES RÉALISÉS PAR D&CONSULTANTS, OCTOBRE 2016.

Références

- Apobank (2016), Vertragszahnärzte IV92-II2016, disponible ici : <https://www.apobank.de>
- Bourdoiseau, CH (2015), Allemagne : un système moins libéral, Argus de l'assurance disponible ici : <http://www.argusdelassurance.com/acteurs/allemande-un-systeme-moins-liberal-dossier-depenses-dentaires.99618>
- Bundeszahnärztekammer, BZAEK, et Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV (2014), Frühkindliche Karies Vermeiden – Ein Konzept zur zahnmedizinischen Prävention bei Kleinkindern, Locher Print- & Medienproduktion.
- Bundeszahnärztekammer, BZAEK, et Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV (2010), Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter – Konzept zur vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen.
- Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, CLEISS (2016), Le régime allemand de la sécurité sociale, disponible en ligne : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_allemande.html
- Council of European Chief Dental Officers, CECDO (2014), CECDO database, DMFT reference (en ligne)
- Council of European Dentists, CED (2015), Manual of dental Practice (Edition 5.1)
- Destatis (2015), Poids des dépenses bucco-dentaires dans le PIB, disponible en ligne : <http://www.gbe-bund.de>
- Deutsche Krankenversicherung, DKV (2015), Leistungsmerkmale KombiMed Zahn
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, DREES (2017), Les dépenses de santé en 2016, édition 2017
- Institut Der Deutschen Zahnärzte, IDZ (2015), Klingenberg et al., EURO-Z-II, Comparison of dental fees in Europe.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV (2015), Jahrbuch 2015 – Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, KZBV Presse
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV (2016), Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäss § 87 Abs. 2 und 2h SGB V – BEMA.
- Micheelis W., Meyer V.P. (2002), Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II) – Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe, IDZ.
- Organisation de Coopération et Développement Économiques, OCDE (2011), Inégalités recours aux soins dentaires, dans Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE.
- Organisation de Coopération et Développement Économiques, OCDE (2015), Unmet care needs for dental examination, by income level, dans Health at a glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris
- Organisation de Coopération et Développement Économiques, OCDE (2016), Population allemande, PIB et part du PIB dépensé dans la santé, site statistiques disponible en ligne : <https://data.oecd.org/fr/>
- Organisation de Coopération et de Développement Économique, OCDE (2017), Statistiques sur la santé, État de santé, Santé buccale (en ligne)
- Paris, V. et al. (2016), Health care coverage in OECD countries in 2012, OECD Health Working Papers, No. 88, OECD Publishing, Paris.
- Ziller et al., (2015), The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 1: Germany, British Dental Journal, Volume 218, No. 4.

■ LE MODELE SUÉDOIS EN SANTÉ-BUCCO-DENTAIRE

Focus sur la Suède

DONNÉES MACROÉCONOMIQUES CLÉS	
Population	9,4 millions
PIB (en milliards d'euros)	401,5
Part du PIB dépensé dans la santé	11 %
Poids des dépenses bucco-dentaires dans le PIB	0,6 %
Part des dépenses des régimes publics et des régimes obligatoires dans les soins bucco-dentaires	39 %
Part des dépenses des régimes privés facultatifs dans les soins bucco-dentaires	0 %
Part des dépenses directes des ménages dans les soins bucco-dentaires	61 %

SOURCES : POPULATION SUÉDOISE ET PIB (OCDE, 2016), PART DU PIB DÉPENSÉ DANS LA SANTÉ (THE COMMONWEALTH FUND, 2016), POIDS DES DÉPENSES BUCCO-DENTAIRES DANS LE PIB (CED, 2015), PART DES DÉPENSES (DREES, LES DÉPENSES DE SANTÉ EN 2016, ÉDITION 2017)

En Suède, les dépenses de santé s'élevaient à 11 % du PIB en 2013, et 0,6 % pour les soins dentaires, soit plus de 2,4 milliards d'euros. Ces dépenses sont prises en charge en moyenne à hauteur de 39 % par les finances publiques et 61 % par les patients, assurances supplémentaires privées comprises.

Le système de santé suédois repose principalement sur le régime de base public, obligatoire et universel. Cette couverture de base est complétée par un régime d'assurances complémentaires privées et facultatives. Cette offre est néanmoins en pleine structuration en raison d'un besoin latent de la population de maîtriser ses dépenses de santé et son reste à charge. Ainsi, seules deux assurances complémentaires ont une offre dédiée aux soins bucco-dentaires.

La Suède offre une très bonne prise en charge pour les moins de 20 ans grâce à la gratuité des soins bucco-dentaires. Ces soins sont principalement gérés par le système public. Cette offre se renforcera dans les années à venir grâce à la nouvelle réforme en cours de mise en place : la gratuité sera prolongée jusqu'à 21 ans d'ici 2017 et 23 ans d'ici 2018. L'objectif du gouvernement suédois est de minimiser les actes lourds et coûteux à l'âge adulte. Les adultes ont, eux, accès à des subventions variables en fonction de l'âge couvrant ainsi une partie des frais d'examens généraux et des soins préventifs. Une aide annuelle au paiement des soins coûteux est également offerte aux adultes avec un ticket modérateur dégressif pour des soins dont le prix de référence dépasse les 317 euros. Ces différentes aides participent ainsi à la prise en charge des examens de base/préventifs mais également de traitements plus importants. La nouvelle réforme renforce aussi la subvention à destination des personnes âgées dans le but de conserver les visites chez le dentiste des patients âgés de plus de 65 ans.

Le système de santé suédois a ainsi misé d'abord sur les jeunes générations pour maintenir voire améliorer le niveau de santé bucco-dentaire en Suède. Une éducation à l'hygiène bucco-dentaire et un suivi personnalisé sont offerts dès le plus jeune âge. Cette politique de prévention se révèle efficace avec une très bonne santé bucco-dentaire des suédois à tous les âges et une population âgée parmi les moins édentées d'Europe (6 %). En effet, la politique de prévention suédoise vise toutes les typologies de personnes et conduit ainsi à une gestion importante d'actes prophylactiques et conservateurs de routine au sein des cabinets dentaires, des actes bien valorisés financièrement au regard des actes prothétiques et de l'implantologie.

Les dentistes sont en charge de la gestion administrative des subventions/franchises pour leurs patients. Bien que cette tâche puisse être chronophage pour le cabinet dentaire, entre une demi-journée à une journée par semaine pour le dentiste au-delà de l'activité de l'assistant dentaire, elle est souvent bien tolérée et compensée par d'autres éléments :

- La politique gouvernementale conduisant à une patientèle suffisante et fidèle ;
- Une flexibilité de leur activité avec des tarifs non opposables qui tentent pour autant d'être raisonnables pour le patient et pour le dentiste en prenant en considération la complexité des traitements et les frais réels pour le patient ;
- Une délégation de tâches possible via des assistants dentaires/administratifs formés en interne, voire des hygiénistes qualifiés, permettant de répondre à la demande en soins de base soutenus par les pouvoirs publics et soutenant la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires.

Ceci explique ainsi que le premier poste de dépenses des cabinets dentaires suédois est les charges salariales à hauteur de 30 % à 40 %, le chiffre d'affaires moyen d'un cabinet suédois étant aux alentours de 300 000 à 500 000 euros par an.

Au global en Suède, la forte densité de dentistes par habitant (78 dentistes pour 100 000 habitants) répond ainsi au recours aux soins de base encouragé par les pouvoirs publics. Bien que la configuration majoritaire des cabinets dentaires soit de type individuel, les jeunes générations de dentistes se tournent vers le salariat afin d'éviter les contraintes de gestion d'un cabinet. Par ailleurs, une tendance récente à l'industrialisation de la dentisterie se met en place par l'acquisition du portefeuille de patients de dentistes libéraux devenant alors salariés en vue de monopoliser le marché.

LES POINTS FORTS DU MODÈLE SUÉDOIS

- Un système de santé bucco-dentaire performant ;
- Un soutien financier de l'État et la Sécurité sociale pour les soins de base/préventifs et les actes lourds ;
- Une politique de prévention robuste et incitative ciblant une large typologie de patients ;
- Une demande en soins encouragée par l'État suédois ;
- Une tarification raisonnée pour le patient et le dentiste.

LES ÉCUEILS DU MODÈLE SUÉDOIS

- Une certaine lourdeur administrative pour les dentistes qui doivent gérer les aides pouvant être perçues par leur patientèle ;
- Une tarification qui peut s'avérer complexe pour les dentistes ;
- Une minorité de la population a recours au système suédois de prise en charge des soins bucco-dentaires¹⁹.

I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire suédois

1. Contexte général : un système de santé limitant les disparités sociales

1.1 Le système de santé suédois

Un système de santé reposant principalement sur le régime de base public, obligatoire et universel. L'émergence d'une offre d'assurances complémentaires privées et facultatives en raison d'une demande de la population de maîtriser ses dépenses de santé/son reste à charge.

En Suède, les dépenses de santé s'élèvent à 11 % du PIB en 2013 (OCDE, 2016), et celles pour la santé bucco-dentaire représentent 0,6 %, soit plus de 2,4 milliards d'euros, faisant de la Suède un des pays dépensant le plus en Europe. Ces dépenses sont prises en charge en moyenne à hauteur de 38 % par les finances publiques et 62 % par les patients, assurances privées comprises (Paris, V. et al., 2016).

Depuis une loi de 1982 sur les services médicaux et de santé (Hälsa-och sjukvårdslag (1982:763), le système de santé suédois est constitué d'un régime d'assurance de base obligatoire et public proposé par la Sécurité sociale (Försäkringskassan). Fondé sur le principe de l'assurance nationale, ce régime de base est universel et couvre toutes les personnes qui résident ou travaillent en Suède, qu'elles soient salariées ou travailleurs indépendants. Par ailleurs, toute personne installée en Suède pour au moins une année, ou tout Suédois se déplaçant à l'étranger pour une durée inférieure ou égale à un an est considéré comme résident (CLEISS, 2016 et Commission européenne, 2013)²⁰. Les conseils des régions (Landstingets) et les communes sont en charge de l'accès aux soins bucco-dentaires pour tous les citoyens (Anell A, 2012)²¹.

Au-delà de cette couverture de base obligatoire, les Suédois ont la possibilité de souscrire à une assurance complémentaire facultative auprès d'organismes d'assurances privées. Néanmoins cette offre est en pleine structuration et seules deux « assurances » ont une offre visant les soins bucco-dentaires, l'une provenant de l'entité Allra et l'autre étant d'origine gouvernementale. Les Suédois ont donc très peu recours à cette offre actuellement et seuls 7 % à 8 % de la population ont contracté une assurance complémentaire, représentant près de 10 % des employés âgés entre 15 et 74 ans²². Ces offres récentes répondent à un besoin de la population souhaitant mieux contrôler leurs dépenses de santé, initiant ainsi la tendance vers la couverture privée.

Allra propose à l'origine des solutions bancaires et se diversifie dans les assurances, notamment pour le dentaire depuis 2 ans. Allra compte près de 30 000 adhérents de 30 à 35 ans en moyenne pour cette offre dentaire. Trois niveaux de couverture sont proposés, d'une couverture d'actes de base (check-up, détartrage) à une couverture pour tous types d'actes (jusqu'à une limite de 4 000 à 5 000 euros), généralement contractés par les populations jeunes à âgées pour lesquelles les besoins sont radicalement différents. Les tarifs oscillent entre 14 euros et 72 euros par mois. Les soins cosmétiques ne sont en revanche pas pris en charge.

La seconde offre dédiée au dentaire se nomme Frisktandvård (Anell A, 2012). Cette offre a été mise en place en 2004 par le gouvernement et compte actuellement près de 700 000 adhérents. Elle permet l'accès à des soins bucco-dentaires en échange d'un forfait mensuel défini en fonction de l'âge de la personne et de son niveau de risque. Les patients n'ont alors plus aucun frais à engager pour les soins bucco-dentaires. Au vu de son caractère gouvernemental, ce système n'est pas considéré comme une mutuelle par les Suédois (Folktandvården Sverige, 2014). Pour y avoir accès, la procédure est simple : un diagnostic doit être réalisé par un dentiste qui définit le niveau de risque d'atteinte des dents du patient dans l'année à venir, c'est-à-dire le groupe de risques auquel le patient sera affilié. Dix groupes de risques sont proposés, le groupe 1 correspondant au plus faible niveau de risque et étant le plus contractualisé. Les tarifs de ces groupes de risques varient entre 5 euros et 65 euros par mois, tarifs définis par les conseils de régions (Landstingets). En cas de besoins non diagnostiqués initialement, le patient peut contracter une offre plus complète pour faciliter sa prise en charge. Les soins cosmétiques et l'orthodontie ne sont en revanche pas pris en charge. Un contrat a une durée de trois ans, temps au bout duquel un bilan dentaire est de nouveau nécessaire pour vérifier la conservation ou non du groupe de risque d'affiliation. Au cours de ces trois ans, un suivi régulier de la santé bucco-dentaire est réalisé pour les tarifs définis dans le contrat.

²⁰ Les enfants demandeurs d'asile et sans papiers ont une couverture équivalente aux enfants suédois. Les patients européens et ceux du Liechtenstein ont accès à une couverture d'urgence, et à moindre coût pour les demandeurs d'asile.

²¹ En Suède, on dénombre 20 Landstingets, également traduits en tant que régions/comtés/conseils de département, et 290 communes. Les Landstingets gèrent le service public, et les communes les services d'éducation et services aux personnes âgées notamment.

²² Contrats établis par les employeurs.

1.2 La prise en charge des soins bucco-dentaires

Une gratuité des soins bucco-dentaires pour les moins de 20 ans, gérés par le service public, dans le but de minimiser les actes lourds et coûteux à l'âge adulte.

Des subventions pour les adultes, en fonction de l'âge, participant à la prise en charge des examens de base/préventifs mais également des traitements plus importants.

Des dentistes en charge de la gestion administrative des subventions pour leurs patients.

La prise en charge des soins bucco-dentaires diffère entre les jeunes de moins de 20 ans et les adultes.

En effet, tous les soins bucco-dentaires sont gratuits pour les jeunes, jusqu'à 19 ans révolus, qu'ils soient réalisés dans les services publics ou au sein de cabinets dentaires privés. Ces soins sont pris en charge par les conseils de régions (Landstingets). En 2009, plus de 250 millions d'euros ont été alloués à la prise en charge des jeunes par les conseils de régions (Landstingets), soit près de la moitié des dépenses en santé bucco-dentaire des conseils de régions (Anell A, 2012).

Pour les patients de 20 ans ou plus, trois niveaux d'aide ont été mis en place et sont portés par l'État/la Sécurité sociale :

- Une aide annuelle pour soins dentaires (ATB : allmänt tandvårdsbidrag)

Le montant de l'allocation dépend de l'âge de l'assuré : elle est de 16 euros par an (150 SEK) pour les 30-74 ans et de 32 euros par an (300 SEK) pour les 20-29 ans et ceux de plus de 75 ans. Cette aide couvre ainsi une partie des frais d'examens généraux et des soins préventifs²³ et vise à inciter le patient à recevoir régulièrement des soins bucco-dentaires, auprès d'un dentiste ou d'un hygiéniste, afin d'éviter des futurs traitements coûteux. L'aide est attribuée au 1^{er} juillet de chaque année et peut être reportée sur l'année suivante lorsque le patient n'a reçu aucun soin dentaire dans l'année. Ceci permet de doubler la subvention (CED, 2015). Plus de 90 millions d'euros ont été alloués pour cette aide en 2010 (Försäkringskassan, 2012).

- Un plafond de coût ou aide annuelle au paiement des soins coûteux (högstnadsskydd)

Au-delà d'un certain plafond, une aide annuelle est proposée aux Suédois. Ainsi, la totalité des frais de soins bucco-dentaires inférieurs à 317 euros (3 000 SEK au prix de référence) est prise en charge à 100 % par le patient sur une période de 12 mois. Le patient peut choisir, à sa convenance, le point de départ de cette période de 12 mois (même si une période déjà commencée n'est pas encore écoulée). Cela peut être avantageux, notamment lorsque le patient doit faire face à un nombre important de traitements coûteux à un moment donné.

Au-delà de ce montant, l'aide de la Sécurité sociale s'élève à 50 % des coûts basés sur un prix de référence entre 317 euros et 1 584 euros (3 000 à 15 000 SEK) et 85 % des coûts basés sur un prix de référence excédant 1 584 euros (15 000 SEK)²⁴.

À titre d'exemple, le coût d'un traitement donné est fixé à 18 000 SEK soit 1 900 euros, avec des tarifs pratiqués par les dentistes similaires à ceux de référence.

- Le patient paie alors la totalité des premières 3 000 SEK ;
- Ajouté à cela les 50 % des frais compris entre 3 000 et 15 000 SEK (soit 6 000 SEK) ;
- Et les 15 % des frais au-delà de 15 000 SEK (soit 450 SEK) – sans plafond ;
- La participation totale du patient est alors de 9 450 SEK soit 998 euros.

En 2010, 35 % de la population ayant reçu un traitement éligible à ce plafond de coût a utilisé cette aide²⁵. Dans 97 % des cas cette aide a permis de prendre en charge des soins entre 3 000 et 15 000 SEK, pour un montant total de plus de 410 millions d'euros (Försäkringskassan, 2012).

²³ Cette allocation n'est pas accordée pour les traitements cosmétiques (blanchiment de dents, etc.).

²⁴ Pour contrer les inégalités socio-économiques ces subventions ont augmenté depuis une réforme de 2008.

²⁵ La majorité de la population n'a donc pas besoin de soins bucco-dentaires lourds, ce qui semble être la raison pour laquelle l'offre de mutuelle n'a pas réussi à se structurer jusqu'à présent.

Une allocation spéciale de soins dentaires (STB : särskilt tandvårdsbidrag).

Mise en place depuis 2013, cette allocation vise uniquement les personnes ayant un besoin accru en soins dentaires en raison d'une maladie spécifique, répertoriée dans une liste, ou d'un handicap.

Tableau 8 • Récapitulatif de la prise en charge des patients en Suède sur la base des tarifs de référence

Prise en charge des :	Soins bucco-dentaires
< 20 ans	100 %
Adultes (dès 20 ans)	Subvention annuelle ATB : examens généraux et soins préventifs 16 euros par an pour les 30-74 ans 32 euros par an pour les 20-29 ans et > 75 ans Plafond de coût : tous types de soins 0 % d'aides jusqu'à 317 euros de soins bucco-dentaires 50 % d'aides entre 317 euros et 1 584 euros 85 % d'aides au-delà de 1 584 euros Allocation spéciale STB (en cas de maladies spécifiques ou de handicap)

SOURCES : CLEISS, 2016 ET CED, 2015.

Tableau 9 • Récapitulatif des adultes suédois ayant bénéficié d'aides gouvernementales individuellement

Âge	Nombre de personnes ayant bénéficié de l'ATB	Nombre de personnes ayant bénéficié du STB	Nombre de personnes ayant bénéficié du plafond de coût	Total
20-29 ans	579 263	1 561	52 279	594 615
30-49 ans	1 174 823	7 469	273 179	1 250 272
50-64 ans	1 004 044	12 930	410 144	1 115 649
65-74 ans	680 699	12 753	351 781	774 584
> 75 ans	442 512	7 760	196 731	495 954
Total	3 881 341	42 473	1 284 114	4 231 074

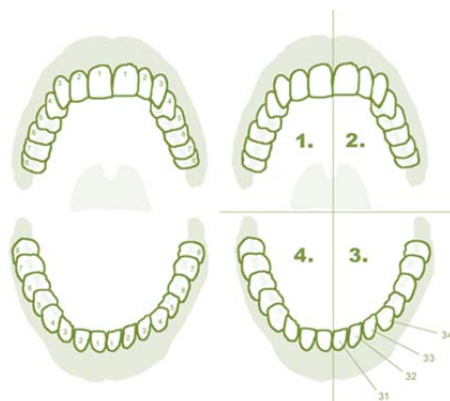
SOURCE : BASES DE DONNÉES DU FORSAKRINGSKASSAN, 2015.

Il est important de noter que ces subventions couvrent tous les soins bucco-dentaires, hors cosmétiques. Néanmoins, certaines conditions, citées plus haut et dans la partie suivante, doivent être respectées pour obtenir l'aide de l'État.

L'objectif de l'État est de conserver la fonctionnalité des dents visibles (dents 1 à 6, figure ci-dessous) des citoyens, et non leur esthétique, afin d'assurer une capacité de mastication tout au long de la vie. Ainsi, seuls les soins bucco-dentaires liés aux dents 1 à 6 sont concernés par les subventions. Les molaires et dents de sagesse ne sont donc pas prises en charge sauf exceptions. En effet, si les dents 6 et 7 manquent, un bridge peut être pris en charge entre les dents 5 et 8. De la même manière, une couronne peut être ajoutée sur la dent 7 si la dent 6 manque²⁶.

²⁶ De base, les couronnes sont prises en charge pour les dents détruites au moins pour 1/3 de leur surface.

Figure 4 • Numérotation des dents en Suède



En termes pratiques, le dentiste se charge des démarches administratives pour les patients, principalement par voie informatique. Sur la base des tarifs pratiqués²⁷ et des aides qui peuvent être perçues par le patient au temps t, le dentiste a la possibilité de connaître en direct le coût total du/des traitement(s), la prise en charge possible par les subventions et le reste à charge. Le dentiste émet ainsi un devis réaliste aux patients²⁸. Suite à la réalisation des traitements et à leur déclaration, les allocations sont alors directement versées aux dentistes par la sécurité sociale. Le patient ne paye ainsi au dentiste que le reste à charge, hors subventions, dès lors qu'elles n'ont pas été utilisées auparavant. En 2010, ce reste à charge (assurance complémentaire comprise) était estimé à 1 milliard d'euros, pour les procédures couvertes par les subventions gouvernementales (Försäkringskassan, 2012).

1.3 Les programmes de prévention mis en place

Un système de santé qui mise sur les jeunes générations pour maintenir voire améliorer le niveau de santé bucco-dentaire en Suède : une éducation à l'hygiène bucco-dentaire et un suivi personnalisé dès le plus jeune âge.

La prévention bucco-dentaire est une priorité pour l'État suédois. Des réformes ont ainsi été mises en place entre 1999 et 2008 pour accompagner la population dès son plus jeune âge. En parallèle, l'autorité des dentistes, la National Board of Health and Welfare Unit (NBHWU, Socialstyrelsen), a établi des recommandations à l'attention des dentistes afin de les guider dans les démarches de prévention, d'éducation de la population aux soins dentaires et d'identification des moyens à engager pour traiter les lésions dentaires.

Concernant les jeunes, une réforme de 2008 renforce leur prévention grâce à la gratuité des soins bucco-dentaires jusqu'à l'âge de 19 ans révolus. Cette réforme a ainsi pour objectif de donner les bases de l'hygiène bucco-dentaire aux jeunes générations pour pérenniser ce capital santé tout au long de leur vie et éviter des traitements dentaires lourds.

Dès la grossesse les familles sont éduquées à la prévention. Les deux premières visites d'un enfant chez le dentiste sont généralement réalisées à 3 ans et 6 ans²⁹. Le dentiste met ensuite en place un suivi individuel personnalisé de l'enfant et planifie des rendez-vous tous les 12 à 18 mois en fonction du besoin. Pour chaque enfant traité, le dentiste (secteurs public ou privé) perçoit 99 euros (943 SEK) par an par le conseil de région (Landstinget). La majorité des enfants sont pris en charge dans le secteur public.

La prévention a également lieu au sein des écoles une à deux fois par an via des pédodontistes et assistants dentaires et en centres de santé via les hygiénistes. Au global, plusieurs actions sont alors menées : l'éducation

²⁷ Le dentiste a l'obligation d'afficher ses tarifs pour que le patient puisse les comparer aux tarifs de référence établis par les autorités gouvernementales.

²⁸ Le devis doit faire apparaître les éléments suivants : le diagnostic du dentiste, les actes envisagés et la raison, des alternatives à ces actes, l'éligibilité du patient à des subventions et les tarifs associés.

²⁹ En cas de nécessité, l'écart de temps entre ces visites peut être inférieur à 3 ans.

et la formation à l'hygiène bucco-dentaire (alimentation³⁰, fonction de la salivation, brossage des dents et utilisation du fil dentaire), l'offre de traitements préventifs à base de fluor, ainsi que la fourniture d'une brosse à dents et d'un dentifrice après la première visite (Anell A, 2012 et Försäkringskassan, 2013).

Il est à noter qu'une nouvelle réforme est en cours de mise en place et devrait renforcer de nouveau la prise en charge des jeunes : jusqu'à 21 ans d'ici 2017 et 23 ans d'ici 2018. L'objectif est d'inciter les jeunes adultes entrant à l'Université de se rendre chez le dentiste. En effet, une recrudescence de caries est observée pour cette population à l'âge de transition qui n'a plus accès à la prise en charge à 100 % pour les soins bucco-dentaires. Certains jeunes adultes ne se rendent plus chez le dentiste pendant presque toute leur scolarité universitaire, une pause d'en moyenne 3 à 4 ans non négligeable.

Les adultes de plus de 19 ans ont, eux, accès à l'aide annuelle pour soins dentaires (ATB). Cette aide couvre une partie des frais d'exams généraux et des soins préventifs, la subvention dépendant de l'âge³¹. La nouvelle réforme devrait renforcer la subvention pour les personnes de 65 à 75 ans. En effet, leur subvention annuelle ne sera plus de 16 euros mais de 32 euros. Les personnes âgées sont donc également concernées par ces réformes. Par ailleurs, en cas d'impossibilité de se déplacer, des examens rapides à domicile peuvent être réalisés par des hygiénistes. L'objectif est alors de définir la nécessité ou non de se déplacer pour des soins plus approfondis en cabinet dentaire. Les transports peuvent alors être pris en charge par les communes, pour les personnes âgées ou handicapées, selon la loi sur les services sociaux de 1980, révisée en 2001. Ce dispositif s'inscrit dans une volonté commune de l'État, des conseils de région (Landstingets) et des communes d'améliorer la coordination des soins et la qualité de vie des personnes âgées (Anell A, 2012).

Enfin, les personnes malades et handicapées ont aussi accès à des aides spécifiques. Tout d'abord, l'allocation spéciale de soins dentaires (STB) vise uniquement les personnes ayant un besoin accru en soins dentaires en raison d'une maladie spécifique (liste ci-dessous), ou d'un handicap (Försäkringskassan, 2013 et CLEISS, 2016). Un certificat médical de moins de trois mois fourni par le docteur référent est à présenter au dentiste ou à l'hygiéniste qui évalue ensuite le droit du patient à la subvention et transmet alors le dossier à la sécurité sociale pour une prise en charge. Les pathologies concernées par cette subvention sont les suivantes :

- Traitement médicamenteux prolongé ou radiothérapie de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge ayant pour effet secondaire une sécheresse buccale ;
- Syndrome de Sjögren (destruction des glandes productrices de sécrétions) ;
- Maladie pulmonaire obstructive chronique avec de l'oxygène prescrit ou boisson nutritionnelle ;
- Mucoviscidose ;
- Colite ulcéreuse, Maladie de Crohn ;
- Maladie intestinale provoquant une malabsorption ou syndrome de l'intestin court ;
- Anorexie mentale, boulimie ou reflux gastro-œsophagiens conduisant à des brûlures de dents ;
- Diabète sévère ;
- Traitement de dialyse ;
- Immunosuppression (traitement par cytostatiques, cytotoxiques ou immunosuppresseurs) ;
- Transplantation d'organes.

Les personnes malades et handicapées ont alors droit à 63 euros (600 SEK) tous les six mois pour des soins préventifs, en plus des allocations existantes pour les adultes (les allocations peuvent être cumulées lors d'une même visite). En revanche, cette subvention ne peut être reportée à l'année suivante et doit être utilisée dans les six mois. Ces subventions sont reversées directement au dentiste traitant après la déclaration des actes.

Les patients ont également la possibilité de contracter un abonnement d'un montant forfaitaire conclu avec un dentiste pour une durée de trois ans. Cet abonnement couvre les coûts liés aux soins conservateurs, et, sous condition, les coûts des soins prothétiques, d'implantologie et d'orthodontie notamment (Försäkringskassan, 2013).

³⁰ À titre d'exemple il est recommandé de ne consommer qu'une fois par semaine des bonbons.

³¹ 16 euros pour les 30-74 ans et 32 euros pour les 20-29 ans et plus de 75 ans.

Une dernière aide à destination des personnes malades provient des conseils de régions (Landstingets). Pour l'obtenir le dentiste doit faire parvenir à son Landstinget son devis et le formulaire de demande complété pour le patient. Après validation par un expert du Landstinget, le patient ne paye alors plus que la consultation lors de ses déplacements chez le dentiste (consultation ramenée à 21 euros, soit 200 SEK). Le reste des traitements est pris en charge par le Landstinget. Cette aide concerne en particulier les personnes ayant une sécheresse buccale induite par des médicaments ou des pathologies chroniques de type maladies neurodégénératives ou maladies auto-immunes, des déformations de la mâchoire ou encore des troubles post-accidents vasculaires (Vårdguiden, 2013 et Försäkringskassan, 2012).

1.4 État de santé bucco-dentaire des Suédois

Une politique de prévention qui se révèle efficace et conduit à une très bonne santé bucco-dentaire des Suédois à tous les âges. Une population âgée parmi les moins édentées d'Europe (6 %).

Une consultation annuelle chez le dentiste est recommandée et partiellement prise en charge en Suède grâce à la subvention ATB. Les dentistes jouent un rôle non négligeable dans la régularité des consultations de leurs patients, en les rappelant tous les ans dans le secteur privé ou tous les un à deux ans dans le secteur public, en fonction de la santé bucco-dentaire du patient. Ces différentes actions incitent donc la population à se rendre chez le dentiste pour des contrôles réguliers. En pratique, les patients alternent en général une année sur deux entre une visite avec un hygiéniste et une visite avec un dentiste. On observe ainsi un taux de recours moyen de 72,7 % en 2012, avec l'aide de la subvention annuelle ATB, une proportion similaire à celle des Suédois considérant leur hygiène bucco-dentaire comme bonne (Anell A, 2012 et Försäkringskassan, 2012).

Il reste néanmoins 15 à 20 % de la population qui ne prend rendez-vous chez le dentiste qu'en cas d'urgence, principalement pour des caries, des maux de dents (Försäkringskassan, 2012). La peur du dentiste pourrait expliquer ce comportement, voire les tarifs considérés comme élevés par certains patients.

Au-delà de la fréquence de visite d'un dentiste, la santé bucco-dentaire des suédois est de bon niveau de manière général si l'on considère les critères de santé bucco-dentaire de type indice CAO³², pourcentage de zéro CAO à 12 ans et pourcentage d'édentés de plus de 65 ans. La Suède affiche en effet de très bons résultats en comparaison aux pays de l'OCDE. Depuis les réformes de 1999, l'indice CAO à 12 ans en Suède a ainsi évolué de 3 en 1985 à 1 en 2005, pour terminer à 0,76 en 2011. Le pourcentage de zéro CAO à 12 ans était de 65 % en 2011. Ces résultats démontrent l'impact positif des programmes de prévention mis en place par l'État sur la santé bucco-dentaire des jeunes générations. Enfin, seuls 6 % de la population de plus de 65 ans est édentée en Suède, un taux particulièrement bas, la France étant à 16 % à titre d'exemple (CED, 2015 et Anel A, 2012). Depuis les réformes, des baisses de 12 % du nombre d'actes prothétiques/implantologie et de 7 % du nombre de couronnes ou pontiques ont pu être mises en évidence entre 2009 et 2011 (Försäkringskassan, 2012).

La population suédoise a donc conscience des enjeux de l'hygiène bucco-dentaires et s'investit pleinement dans sa mise en œuvre au quotidien, quel que soit l'âge de la population.

Tableau 10 • Comparaison des indices CAO, pourcentage de zéro CAO à 12 ans et d'édentés à plus de 65 ans entre la Suède et la France entre 2011 et 2012

	Indice CAO à 12 ans	% de zéro CAO à 12 ans	% de la population édentée à >65 ans
<i>Suède</i>	0,7	65%	6 %
<i>France</i>	1,2	56 %	16 %

SOURCES : INDICE CAO (OCDE 2017), % CAO (CED, 2015) ET % ÉDENTÉE (CECDO 2014).

³² CAO : Dents cariées, absentes ou obstruées. Il faut noter qu'en Suède les caries sont mal perçues par la population étant donné qu'elles reflètent une mauvaise hygiène bucco-dentaire.

2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend au regroupement

Une forte densité de dentistes par habitant et un recours aux soins de base encouragé par les pouvoirs publics.

En 2014, on recensait plus de 14 000 dentistes en Suède pour près de 7 400 en activité. Ceci représente près de 78 dentistes pour 100 000 habitants en densité, classant la Suède parmi les premiers pays européens en termes de densité, devant la France qui compte près de 64 dentistes pour 100 000 habitants (CED, 2015). Ces dentistes sont principalement localisés en zone urbaine, en centre-ville et périphérie des villes, pour répondre à la demande en soins bucco-dentaires.

Cinq ans d'études dans l'une des quatre Universités suédoises (Gothenburg, Umeå et Malmö, et l'Institut Karolinska de Stockholm) sont nécessaires pour devenir dentiste. Le National Board of Health and Welfare Unit (NBHWU) for Qualification and Education est l'organisme en charge de délivrer les licences aux dentistes, licences donnant droit d'exercer. Un registre des dentistes est ainsi mis à jour régulièrement. Un autre registre est également tenu par la sécurité sociale (Försäkringskassan) pour recenser les dentistes conventionnés en vue de répondre aux demandes de remboursements des soins dentaires, soit quasiment tous les dentistes actifs licenciés.

Huit spécialités sont également reconnues par la médecine dentaire. Une fois le diplôme de dentiste obtenu et deux ans de pratique, trois ans de formation permettent de devenir orthodontiste, endodontiste, pédodontiste, parodontiste, prothésiste, stomatologue ou radiologue maxillofacial, voire quatre à cinq ans de formation pour les chirurgiens oraux et maxillofaciaux (CED, 2015).

2.1 Deux secteurs, libéral et public, à parts égales

Une flexibilité du temps de travail des dentistes libéraux disposant d'une patientèle suffisante et fidèle : un temps d'exercice moyen par semaine de 4 jours.

Parmi les 7 400 dentistes actifs en Suède, 47 % sont libéraux et 53 % sont salariés du secteur public. Il est courant pour les dentistes du secteur privé d'exercer sur 4 jours, voire de travailler à temps partiel, pour un temps de travail oscillant entre 25 et 35 heures par semaine, tandis que les dentistes du secteur public exercent sur 5 jours, soit 40 heures de travail.

Au sein du secteur public, les dentistes sont répartis entre deux services différents : 89 % (3 369 dentistes) sont salariés du Service Public Dentaire, les 11 % (431 dentistes) restants travaillant en université. Le Service public dentaire fournit les soins bucco-dentaires généraux et de spécialité, tout comme les services hospitaliers. Les dentistes du Service Public Dentaire³³ ont pour principal rôle de mettre en œuvre les programmes de prévention. Ainsi, 75 % à 95 % des enfants sont suivis par ces structures jusqu'à la fin des 19 ans, tout comme 20 % à 40 % des adultes (Folkandvården Sverige, 2014 et Anell A, 2012).

La rémunération dans le secteur libéral est comparable à celle du secteur public: la rémunération annuelle moyenne brute d'un dentiste libéral étant de près de 53 000 euros contre près de 59 000 euros pour un dentiste salarié d'un conseil de région (Landstinget) ou 65 000 euros pour un dentiste salarié d'une commune (Statistikdatabasen, 2015). Ces salaires ne prennent néanmoins *a priori* pas en compte les primes perçues en fin d'année par les dentistes libéraux, qui peuvent atteindre 25 000 euros³⁴. À noter également que pour le secteur public les salaires sont revus chaque année en fonction des résultats réalisés et bonus obtenus sur l'année précédente. La négociation s'effectue entre le dentiste et son référent au sein de la structure de santé.

Outre ces dentistes généralistes, sont recensés 891 spécialistes dans la profession. Ils sont principalement actifs dans le secteur public, à hauteur de 80 %, ou dans les universités (13 %), voire dans le secteur privé (7 %). Ces spécialistes sont principalement orthodontistes (31 %), chirurgiens oraux maxillofaciaux (17 %) et prothé-

³³ Les jeunes générations de dentistes se positionnent en général en début de carrière sur un poste dans le secteur public.

³⁴ Il est fréquent que les dentistes privés définissent leurs salaires fixes au regard de l'impôt sur les revenus en vigueur (57 % pour les revenus supérieurs à 70 000 euros).

sistes (12 %). Les 40 % restants se répartissent entre les endodontistes, pédodontistes, parodontistes, stomatologues et radiologues maxillofaciaux (CED, 2015). Le salaire moyen annuel brut d'un spécialiste est supérieur à celui d'un généraliste, en moyenne 92 000 euros (Statistikdatabasen, 2015).

2.2 Une fonction d'hygiéniste reconnue par l'Autorité des dentistes

Une délégation des tâches via des assistants dentaires/administratifs formés en interne, voire des hygiénistes qualifiés, soutenant la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires.

Au global en Suède, on recense près de 2,2 auxiliaires par dentiste en équivalent temps plein. Ces auxiliaires incluent 12 000 assistants dentaires et 3 989 hygiénistes. En particulier, 4 800 assistants dentaires et près de 1 490 hygiénistes sont salariés de cabinets dentaires privés, ramenant la densité d'auxiliaires par dentiste à plus de 1,8 (CED, 2015 et Sveriges Tandläkarförbund, 2015).

Les assistants dentaires ont pour fonction principale d'aider les dentistes aux activités administratives et à la facturation. La préparation des outils et de la salle, et la stérilisation, font également partie de leurs missions. La rémunération moyenne annuelle brute d'un assistant est de 31 800 euros (Statistikdatabasen, 2015). Une évolution de carrière est possible dans les cabinets dentaires dès lors que le dentiste forme son assistant dentaire en vue d'une délégation de certaines tâches au fauteuil du patient. Ainsi, certains assistants dentaires ont la possibilité d'effectuer des actes de type diagnostic, radios, éducation du patient, nettoyage / traitement des gencives et soins buccodentaires cosmétiques. Pour sa mise en place, un dossier de délégation est à fournir aux autorités de santé.

Contrairement aux assistants dentaires, les hygiénistes suivent une formation certifiante de 2 à 3 ans en collège universitaire. Au même titre que les dentistes, les hygiénistes reçoivent une licence du NBHWU et sont donc inscrits au registre. Cette particularité leur permet de créer leur propre entreprise. Ainsi, bien que la majorité des hygiénistes du secteur privé soit salariée d'un cabinet dentaire privé, 225 hygiénistes sont des auto-entrepreneurs indépendants (Sveriges Tandhygienistförening).

Grâce aux hygiénistes, les dentistes ont donc la possibilité de déléguer des tâches au fauteuil du patient. Cela couvre la consultation, le détartrage, le diagnostic de salivation/infection, l'éducation à la prévention (comprenant le régime alimentaire), les radios, les anesthésies et les soins conservateurs. Il semblerait néanmoins que dans la pratique les hygiénistes ne soient confinés qu'aux consultations et actes liés à la prévention. La rémunération moyenne annuelle brute des hygiénistes est de l'ordre de 38 000 euros (Statistikdatabasen, 2015). Cette rémunération passe de 29 000 euros en début de carrière à plus de 40 000 euros à 45 ans (SACO).

Il est à noter que les techniciens dentaires ne font pas partie des cabinets dentaires en Suède. En effet, lors d'un besoin en prothèses fixes ou amovibles, ainsi qu'en appareils orthodontiques, les cabinets dentaires font appel à des laboratoires spécialisés externes. Les techniciens dentaires, salariés de ces structures, ont ainsi pour principale fonction de fabriquer ces pièces à destination des cabinets dentaires. Le NBHWU est de nouveau garant de l'octroi de la licence de technicien via une formation théorique et pratique en école dentaire.

2.3 Une majorité de cabinets individuels et une tendance au regroupement et au salariat

Une organisation du temps de travail des cabinets dentaires intégrant le temps de gestion administrative lié aux aides gouvernementales : une demi-journée à une journée dédiée à cette tâche. Une tendance récente à l'industrialisation de la dentisterie par l'acquisition du portefeuille de patients de dentistes libéraux devenant alors salariés en vue de monopoliser le marché.

En Suède, sur les 2 800 cabinets privés, une majorité a opté pour une configuration individuelle, soit plus de 70 %. En moyenne, ces cabinets dentaires sont structurés avec un dentiste propriétaire et un à deux auxiliaires (Statistikdatabasen, 2015). En fonction de la localisation du cabinet et de la densité de dentistes/patientèle, il pourra s'agir de deux assistants dentaires ou d'un assistant dentaire et d'un hygiéniste, la première option étant souvent la plus économique et adoptée par les dentistes. Les assistants dentaires sont en effet une aide précieuse au fauteuil du patient mais également dans la gestion administrative du cabinet, qu'il s'agisse de l'élaboration de devis, de rédaction et transmission des comptes rendus de traitements, ou encore de

la gestion de la prise en charge des patients pour leurs soins bucco-dentaires. Bien que le gouvernement ait mis au point un système informatisé pour faciliter la tâche administrative, les dentistes consacrent en général également une demi-journée en moyenne par semaine pour finaliser les dossiers. Ce temps n'est pas considéré dans le temps de travail au fauteuil du patient, justifiant les durées hebdomadaires de travail des dentistes libéraux suédois, inférieures à la moyenne nationale de 40 heures.

À l'heure actuelle, deux tendances se mettent en place, toutes deux favorisant le regroupement de dentistes. Tout d'abord, afin d'éviter les contraintes de gestion d'un cabinet, les jeunes générations de dentistes s'orientent vers la salarisation plutôt que l'activité en propre. Ce phénomène, qui existe en zones urbaine et rurale, favorise ainsi le regroupement de dentistes et permet au dentiste propriétaire d'optimiser l'amortissement des équipements coûteux tels que le panoramique dentaire. Cette organisation facilite également les échanges entre dentistes, qu'ils soient d'ordre diagnostic ou technique, contribuant ainsi à la montée en compétence des jeunes générations de dentistes.

Un nouveau modèle économique a également permis la mise en place d'entreprises dédiées aux soins dentaires ou aux soins de santé au sens large : les dentistes et médecins libéraux deviennent salariés de structures couvrant largement la Suède. Les professionnels de santé à l'initiative de ces regroupements ont ainsi accès à la patientèle des dentistes qui acceptent d'intégrer leur structure. La baisse des contraintes organisationnelles et administratives, en parallèle d'une sécurisation de l'activité et des salaires sont les principales motivations des dentistes suédois. À titre d'exemple, la structure Praktikertjänst³⁵ est l'une des plus grandes de ce genre. Avec plus de 9 200 salariés et près d'un milliard de chiffre d'affaires, le secteur dentaire représente 1 170 salariés (dentistes et auxiliaires dentaires) et plus de la moitié du chiffre d'affaires. La structure Smile est, elle, dédiée uniquement à l'activité dentaire et compte 26 cabinets présents en Suède représentant 550 employés. Smile est également présent en Norvège et au Danemark avec 21 cabinets dentaires.

Parmi les cabinets dentaires regroupés, des cabinets « low-cost » ont également tenté de s'imposer en Suède depuis 2005. Il s'agit de structures regroupant environ 5 à 10 dentistes majoritairement d'origine étrangère³⁶ et proposant des prix plus attractifs. Moins de 10 structures de ce type existeraient et sont principalement situées dans les grandes villes telles que Stockholm, Göteborg et Malmö, les marges des dentistes y étant plus élevées qu'en banlieue. Ce système n'a néanmoins pas percé : les principales problématiques viennent du manque de qualité des soins bucco-dentaires prodigués, de la difficulté de compréhension lors des échanges dentistes/patients et de suivi des patients du fait d'un renouvellement permanent de l'effectif. Il semble donc que l'offre de ces structures se remet à niveau pour faire face aux cabinets individuels afin de fidéliser leur propre patientèle.

3. Régulation des tarifs par les financeurs

Une certaine flexibilité accordée aux dentistes grâce à la fixation par le gouvernement de tarifs de référence non opposables.

Depuis 2008, l'agence gouvernementale TLV (Dental and Pharmaceutical Benefits Agency – Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket³⁷) a été mandatée afin (i) de définir les soins dentaires à prendre en charge dans le cadre des subventions proposées aux citoyens, telles que dans le plafond de coût, et (ii) de décider les prix de référence des soins bucco-dentaires (Anell A, 2012 et TLV, 2016)

Ces deux notions sont intimement liées, les subventions du plafond de coût étant définies à partir des tarifs de référence déterminés par le TLV. Le TLV agit donc seul dans cette prise de décision. Il faut néanmoins noter que les tarifs ne sont pas opposables, les dentistes fixent donc librement leurs tarifs qui peuvent donc être supérieurs

³⁵ Une structure couvrant les soins de santé et soins dentaires grâce à 20 filiales, et comprenant 1 900 actionnaires dont des dentistes, techniciens dentaires, hygiénistes dentaires, médecins, physiothérapeutes, psychanalystes / thérapeutes, psychologues, infirmières, sages-femmes, orthophonistes, ergothérapeutes, chiropraticiens et nutritionnistes.

³⁶ Ces dentistes sont majoritairement originaires de l'Europe de l'Ouest (Pologne principalement) et pratiquent en général 3 mois dans le cabinet, temps légal pour éviter d'être imposé sur les provisions obtenues au regard des résultats obtenus.

³⁷ En charge depuis 2002 de la définition des subventions accordées pour les médicaments et produits médicaux.

aux références. Dans ce cas précis, le patient doit payer à sa charge la différence. C'est pourquoi les dentistes ont l'obligation d'afficher leurs tarifs et de préciser s'ils suivent la référence ou non. Les patients peuvent donc anticiper les frais à prendre en charge lors de la définition du devis par le dentiste. En cas de désaccord non résolu entre dentiste et patient sur les soins réalisés ou le tarif finalement pratiqué, un formulaire de plainte peut être transmis à l'autorité des dentistes, au comité d'aide aux patients lors d'un différend dans le secteur public³⁸ ou le bureau de l'association des dentistes privés pour le secteur libéral (Försäkringskassan, 2013).

Du fait de cette marge de manœuvre, les tarifs pratiqués pour les soins bucco-dentaires en Suède sont en moyenne 5 % au-dessus de la référence, et jusqu'à 10 % dans les centres-villes de grandes villes. Cela concerne plus souvent les tarifs des soins prothétiques et d'implantologie, le temps nécessaire à la réalisation de la procédure étant un critère clé pour les dentistes dans la décision de leurs tarifs. Ainsi, pour limiter les excès, les tarifs sont révisés par le TLV chaque année. Par ailleurs, pour éviter la fraude au sein des cabinets dentaires (fausses déclarations de soins bucco-dentaires), des contrôles aléatoires ont été mis en place afin de vérifier les radios et diagnostics ayant donné lieu à des devis et à des indemnités de la sécurité sociale.

La nomenclature recense 174 actes. Un prix de référence³⁹ leur est associé pour un dentiste généraliste ou un dentiste spécialisé. Ce dernier peut pratiquer avec ce tarif dédié uniquement pour les actes relevant de sa spécialité, les autres actes sont au prix d'un généraliste. Par ailleurs, certains actes précisés dans la nomenclature sont réalisés par des hygiénistes et ont donc également des tarifs dédiés pour leurs activités, inférieurs à ceux d'un dentiste.

4. Valeur des soins bucco-dentaires et volume d'actes par typologie

4.1 Honoraires sur des actes clés

Une tarification qui se veut raisonnable pour le patient et le dentiste en prenant en considération la complexité des traitements et les frais réels pour le patient. Une tarification qui semble néanmoins parfois complexe dans sa mise en place.

Les actes principaux listés ci-après se divisent en trois catégories : les soins conservateurs, les soins prothétiques et l'implantologie.

Les prix des différents actes sont globalement plus élevés qu'en France. Ils sont néanmoins parfois le reflet de la procédure au global. Typiquement, l'acte de consultation coûte environ 85 euros. Néanmoins, dans ces 85 euros sont compris à la fois le diagnostic de caries, 4 radios maximum et un détartrage de 5 minutes maximum. Cet acte de consultation, ou assimilé, est pris en compte à chaque visite. Des codes de nomenclature permettent en effet de faire la distinction entre une première consultation, une consultation associée à un traitement de base (85 euros), ou une consultation d'urgence notamment. Le tarif/acte peut également varier en fonction de la difficulté du soin à prodiguer au cours de la visite. La consultation varie ainsi entre 85 euros et 176 euros.

De la même manière, l'anesthésie est toujours incluse dans le traitement.

À l'inverse, lors de la pose d'un implant, trois codes doivent être additionnés pour la définition du devis : un acte pour l'implant, un acte pour la chirurgie associée et un acte pour la couronne à intégrer sur l'implant.

D'autres subtilités existent dans la nomenclature et peuvent parfois conduire à des erreurs lors de la mise en place d'un devis par les dentistes⁴⁰. Différents actes peuvent en effet exister pour un même traitement, qu'il s'agisse de la première dent ou de la *nième* dent, d'une activité basique pour le dentiste, d'urgence ou complexe. À titre d'exemple, dans le cas d'une avulsion d'une dent, le tarif de référence est de 104 euros, alors

³⁸ Dans le secteur public, les tarifs pratiqués sont définis par les Landstingets.

³⁹ Les matériaux à utiliser pour ces prix de référence sont précisés pour les actes chirurgicaux, prothétiques et d'implantologie.

⁴⁰ Pour contrer cette problématique, une formation prise en charge par le NBHWU pourrait bientôt être proposée pour guider les dentistes.

que pour une seconde dent, l'acte est facturé 18 euros. En effet, dans ce cas précis, l'anesthésie n'est alors pas comptée deux fois.

Ceci permet d'être au plus juste pour le dentiste et le patient, si l'on considère que les tarifs pratiqués sont similaires à ceux de référence, au regard du temps de travail du dentiste au fauteuil du patient.

Tableau 11 • Principaux actes de la nomenclature suédoise et volumétrie associée

ACTES	France - Base de remboursement	TARIF DE RÉFÉRENCE en Suède (en euros - taux au 31.12.14 : X0,1056) *	Données clés issues des bases de données Försäkringskassan (2015) **
Consultation	23 euros	85,54 euros (dont diagnostic de caries, 4 radios max., détartrage jusqu'à 5 min.)	- 2 454 146 actes réalisés en 2015 - 73 % dans le privé - 30 à 74 ans
Diagnostic :			
1 Radio rétro alvéolaire	7,98 euros	5,28 euros	- 875 163 actes - 48 % dans le privé - 30 à 64 ans
1 Radio panoramique	21,28 euros	53,86 euros	- 119 622 actes - 61 % dans le privé - 30 à 74 ans
Chirurgie :			
Avulsion simple d'une dent	33,44 euros	104,02 euros (pour toutes dents, prix pour la 1ère dent)	- 394 635 actes - 55 % dans le privé - 30 à 74 ans
Avulsion d'une dent incluse	83,60 euros	315,7 euros 421,34 euros si complexe	- 48 851 actes - 48 % dans le privé - 30 à 49 ans
Hygiène prophylaxie :			
Détartrage	28,92 euros	78,67 euros	- 3 416 actes - 71 % dans le privé - 30 à 49 ans
Soins conservateurs :			
Obturation d'une molaire (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	1 surface : 78,67 euros 2 surfaces : 115,63 euros 3 surfaces : 154,18 euros	- 676 704, 1 050 374 et 573 497 actes - 60 % dans le privé - 30 à 74, 30 à 64 et 50 à 64 ans
Obturation coronaire			
1 face	19,28 euros	Incisive/Canine : 116,16 euros Molaire/Prémolaire : 154,18 euros	- 150 278 et 573 497 actes - 68 % dans le privé - >35 et 50 à 64 ans
2 faces	33,74 euros		
3 faces	40,97 euros		
Inlay-onlay (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	450 euros pour le 1er 592,42 euros au-delà	- 201 874 actes - 78 % dans le privé - 50 à 74 ans
Traitement endodontique d'une dent : 80,26 euros en cas d'urgence			

Groupe incisivo-canin (1 seule racine)	33,74 euros (avec exérèse de pulpe vivante)	346,90 euros (1 canal)	- 92 119 actes - 68 % dans le privé - 50 à 74 ans
Prémolaire (1 à 2 racines)	48,20 euros	346,90 à 423,98 euros (1 à 2 canaux)	- 36 730 actes (2 canaux) - 66% dans le privé - 30 à 64 ans
Molaire (2 à 3 racines)	81,94 euros	423,98 à 519,02 euros (2 à 3 canaux)	- 77 848 actes (3 canaux) - 66 % dans le privé - 30 à 64 ans
Bilan parodontal	-	80,26 euros (réalisé par l'hygiéniste) 248 euros (réalisé par le parodontiste)	- 30 121 actes - 42 % dans le privé - 30 à 74 ans
Prothèses et Implants			
Inlay-core	Sans clavette : 122,55 euros Avec clavette : 144,05 euros	151 euros 320 euros (préparation par un technicien)	- 32 503 actes - 73 % dans le privé - 50 à 74 ans
Couronne :			
Métallique	107,50 euros		
Céramo-métallique	107,50 euros	592,42 euros	<i>Cf. inlay-onlay</i>
Totale céramique	107,50 euros		
Bridge de base			
Tout métallique	279,50 euros		
Céramique - Métallique - Métallique	279,50 euros		
Céramique - Céramique - Métallique	279,50 euros		
Tout céramique	279,50 euros	1269,32 euros 3 codes inclus : 2 couronnes à tarifs différents et la dent à remplacer	
Prothèse amovible 14 dents	182,75 euros	932,98 euros	- 3 714 actes - 57% dans le privé - > 75 ans
Implantologie			
Pose d'un implant chez l'enfant	438,90 euros	Subventionné	
Pose d'un implant chez l'adulte	422,18 euros	1424,01 euros 3 codes inclus : l'implant, la chirurgie et la couronne sur l'implant	- 61 745 actes (implant) - 73% dans le privé - 50 à 74 ans

* TARIFS ISSUS DE LA NOMENCLATURE SUÉDOISE (REFERENSPRISER FÖR DET STATLIGA TANDVÄRDSTÖDET TLVFS 2015:1).

** SONT INDIQUÉS POUR CHACUN DE CES ACTES, LE NOMBRE D'ACTES PRODIGUÉS EN 2015 SUR UN TOTAL DE 17 146 429 ACTES, LA PART DANS LE SECTEUR PRIVÉ ET LA TRANCHE DE LA POPULATION EN AYANT LE PLUS BÉNÉFICIE.

NOTE : LES HOMMES ET LES FEMMES SE RENDENT À PART ÉGALE CHEZ LE DENTISTE ET LA TRANCHE DE LA POPULATION ADULTE SE RENDANT LE PLUS CHEZ LE DENTISTE, EN NOMBRE DE VISITES, EST CELLE DES 30 À 74 ANS.

SOURCE : TARIFS DE RÉFÉRENCE – TLV, 2016.

4.2 Volumes d'actes conservateurs, prothétiques et d'implantologie

En cohérence avec la prise en charge et les réformes bucco-dentaires, les dentistes suédois réalisent principalement des soins conservateurs/préventifs (en volume, selon l'association des dentistes privés en Suède) :

- 94 % de soins conservateurs ;

- 3 % de soins prothétiques ;
- 3 % d'implantologie.

Dans le détail, les traitements majeurs réalisés en Suède, représentant près de 63 % des soins en 2010, sont les suivants :

Tableau 12 • Traitements majeurs en Suède représentant près de 63% des soins en 2010

Actes	Nombre d'actes en 2010
<i>Check up régulier</i>	3 794 338 (22 %)
<i>Prophylaxie par un hygiéniste</i>	3 119 961 (18 %)
<i>Obturations</i>	2 810 908 (17 %)
<i>Traitements de canal</i>	382 746 (2 %)
<i>Extractions de dents</i>	468 087 (3 %)
<i>Total</i>	16 900 000

SOURCE : FORSAKRINGSKASSAN, 2012.

Au vu de la volumétrie des actes principaux listés (tableau 12), ces proportions semblent être relativement stables d'année en année, en cohérence avec la bonne hygiène bucco-dentaire des Suédois.

II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires suédois

Premier poste de dépenses des cabinets dentaires suédois : les charges salariales à hauteur de 30 % à 40 %, en lien direct avec la volonté de s'appuyer sur des auxiliaires dentaires pour répondre à la demande en soins de base soutenus par les pouvoirs publics.

1. Structure des revenus des cabinets dentaires

Selon les statistiques suédoises, le chiffre d'affaires moyen d'un cabinet dentaire est de près de 2 millions d'euros. Cette moyenne est néanmoins biaisée par les quelques plus grandes structures dentaires (moins de 10) qui peuvent générer des chiffres d'affaires de 500 millions à 1 milliard d'euros. Ainsi, si l'on exclut ces grandes structures, le chiffre d'affaires moyen est aux alentours de 300 000 à 500 000 euros par an.

2. Retours d'expérience des dentistes suédois

Une analyse de trois cabinets dentaires d'exercices individuel ou regroupé a été réalisée en 2016. Ces cabinets sont implantés en périphérie de Växjö (a), en périphérie de Malmö (b) et en centre-ville de Stockholm (c).

Malgré des organisations variées, des points communs subsistent :

- Un premier poste de dépenses consacré aux charges salariales ;
- Une patientèle fidèle, suffisante, ayant une bonne santé bucco-dentaire ;
- Une satisfaction globale vis-à-vis du système de santé mis en place (subventions mises en place et tarification non opposable) malgré une certaine lourdeur administrative à gérer en contrepartie (gestion des subventions nécessitant de générer des devis pour assurer la prise en charge du patient et le remboursement du dentiste *in fine*).

Cas d'un cabinet en périphérie de Växjö (a)

Localisation du cabinet	En périphérie de Växjö (84 800 habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire Temps de travail : 30 h au contact des patients du lundi au jeudi sur 3,5 j Vendredi matin dédié aux urgences, à l'administratif et à la communication (journaux, etc.) 2 assistantes dentaires (30 h/3,5 j de travail) Rôle : assistance du dentiste au fauteuil & procédures simples de type radios, impressions, détartrage en cas d'indisponibilité du dentiste 1 assistante administrative (30 h/3,5 j de travail) 1 personnel d'entretien (30 h/3,5 j de travail)
<i>Typologie des patients</i>	> 1 000 patients adultes 80 % ayant une bonne situation sociale 20 % aux faibles revenus
<i>Typologie de soins effectués</i>	En volume : 60 % de soins conservateurs, 20 % de soins prothétiques, 20 % d'implantologie
<i>Structure des recettes</i>	Chiffre d'affaires annuel : entre 300 000 euros et 400 000 euros En valeur : 40 % de soins conservateurs, 30 % de soins prothétiques, 30 % d'implantologie
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales (40 %) 2 ^e postes de dépenses : les produits médicaux et équipements (20 % chacun) 10 % pour le loyer et 10 % pour les charges liées à l'opérationnel (téléphone, internet, films de radio, licences de logiciels, etc.)
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Du personnel l'aidant dans ses tâches administratives et de soins bucco-dentaires
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	Un système qui satisfait globalement le dentiste. Le système de subventions des Landstingets est avantageux pour le patient mais reste lourd administrativement à gérer pour les dentistes. En effet, bien qu'il existe un système informatisé pour réaliser les déclarations et percevoir les remboursements, certaines tâches restent à gérer et mobilisent à la fois le dentiste et son assistante (appels téléphoniques, envoi des factures, etc.) Un système suédois perçu néanmoins comme trop avantageux car ciblant tous types de patients, certains profitant du plafond de coût.

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, NOVEMBRE 2016.

Cas d'un cabinet en périphérie de Malmö (b)

Localisation du cabinet	En périphérie de Malmö (318 107 habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Regroupé (2 dentistes généralistes)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire (temps partiel – 4 ½ journées – 20h) 1 dentiste salarié (temps partiel - 4 ½ journées – 20h) 1 assistante dentaire (temps plein – 4 j – 40h) Rôle : assistance du dentiste au fauteuil & aide aux procédures administratives
<i>Typologie des patients</i>	1 200 patients > 95 % d'adultes ayant une bonne situation sociale majoritairement Environ 15 patients traités par jour, en fonction des types de traitements réalisés
<i>Typologie de soins effectués</i>	En volume : 80 % de soins conservateurs, 20 % de soins prothétiques et

Localisation du cabinet	En périphérie de Malmö (318 107 habitants)
	d'implantologie
<i>Structures des recettes</i>	Des tarifs similaires aux tarifs de référence Chiffre d'affaires annuel : env. 300 000 euros En valeur : 60 % de soins conservateurs, 40 % de soins prothétiques et implantologie
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	La possibilité de concilier vie de travail et vie de famille en travaillant à temps partiel. Si le cabinet avait plus de patients, le dentiste propriétaire recruterait alors un hygiéniste pour la réalisation des actes prophylactiques. Actuellement cela n'est pas envisagé : (i) la patientèle est suffisante pour 2 dentistes à temps partiel et (ii) un hygiéniste coûte relativement cher pour un cabinet dentaire.
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	Un système suédois globalement satisfaisant. Un besoin d'améliorer la formation des dentistes qui ne pratiquent <i>a priori</i> pas suffisamment en Université et sont moins performants en début de carrière.

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, NOVEMBRE 2016.

Cas d'un cabinet en centre-ville de Stockholm (c)

Localisation du cabinet	En centre-ville de Stockholm (1,3 million d'habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel
<i>Composition RH</i>	Une organisation particulière : 4 cabinets individuels et indépendants se partagent des locaux 2 équipes avec 1 dentiste généraliste et 1 assistante (4 j/semaine) 1 équipe avec 1 dentiste généraliste, 1 assistante et 1 hygiéniste (4 j/semaine) Équipe de l'interlocuteur (les données qui suivent dans la suite de ce tableau correspondent à cette équipe) : 1 dentiste généraliste et 1 assistante (4,5 jours/semaine, 10 h/jour)
<i>Typologie des patients</i>	2 500 patients dont 2 250 adultes et 250 enfants Une patientèle fidèle - Quelques patients à faibles revenus Étudiants (25 % de réduction / présentation carte étudiant)
<i>Typologie de soins effectués</i>	Tous types de soins avec une activité plus forte que ses collègues pour les soins prothétiques et d'implantologie
<i>Structures des recettes</i>	1 h avec un dentiste rapporte 220 euros en moyenne Chiffre d'affaires 2015 : 347 000 euros Marges moyennes à Stockholm : 30 %
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales qui représentent plus de 30 % des dépenses 2 ^{èmes} postes des dépenses : le matériel et le loyer (10 % des revenus chacun) 17 % pour les charges liées à l'opérationnel (téléphone, internet, licences de logiciels, publicité, etc.)
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Une organisation particulière où 4 cabinets individuels et indépendants sont dans des mêmes locaux pour partager les frais de loyer, les charges opérationnelles de type électricité, eau, ainsi que la maintenance. Les matériels, le téléphone et les salaires sont en revanche gérés par chaque cabinet individuellement. Le cabinet étant situé en centre-ville de la capitale de la Suède, ce « regroupement » est donc une opportunité financière pour ces dentistes

Localisation du cabinet	En centre-ville de Stockholm (1,3 million d'habitants)
	afin d'accéder à une patientèle aisée. Ceci permet également d'avoir une offre complète au sein d'un même local, en l'occurrence si les dentistes pratiquent préférentiellement certains actes. Le rendez-vous pour le patient est facilité, les dentistes étant dans les mêmes locaux. Au global cette organisation apporte visibilité et notoriété pour ces dentistes.
<i>Aspects du système de santé bucco-dentaire à réformer</i>	<p>Un système globalement satisfaisant qui a permis d'améliorer la santé bucco-dentaire de la population.</p> <p>Une minorité de la population abusant du système de santé en raison de faibles revenus et d'une mauvaise santé bucco-dentaire : des patients ne remboursant pas le dentiste au-delà des 15 000 SEK du plafond de coût.</p> <p>Fort renouvellement des effectifs des Landstingets : manque en assistants dentaires qualifiés du fait des salaires plus faibles dans les structures publiques.</p>

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, SEPTEMBRE/OCTOBRE 2016.

Références

- Anell A, Glenngård AH, Merkur S (2012). Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5):1–159.
- Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale, CLEISS (2016), Le régime suédois de la sécurité sociale, disponible en ligne : http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_suede.html
- Commission Européenne (2013), Vos droits en matière de sécurité sociale en Suède, disponible en ligne : http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Sweden_fr.pdf
- Council of European Chief Dental Officers, CECDO (2014), CECDO database, DMFT reference (en ligne)
- Council of European Dentists, CED (2015), Manual of dental Practice (Edition 5.1)
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES (2017), Les dépenses de santé en 2016, édition 2017
- Folktandvården Sverige (2014), description du Frisktandvård : <http://www.folktandvarden.se/in-english/frisktandvard/>
- Paris, V. et al. (2016), "Health care coverage in OECD countries in 2012", OECD Health Working Papers, No. 88, OECD Publishing, Paris
- Försäkringskassan (2012), Socialförsäkringsrapport 2012:7, Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012
- Försäkringskassan (2013), When you need dental care
- Organisation de Coopération et Développement Economiques, OCDE (2016), Population suédoise et PIB, site statistiques disponible en ligne : <https://data.oecd.org/fr/>
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques, OCDE (2017), Statistiques sur la santé, État de santé, Santé buccale (en ligne)
- Sveriges akademikers centralorganisation, SACO, Fédération des associations, Dental hygienists : <http://www.saco.se/en/omstart/swedish-educational-system/choose-your-education/dental-hygienist/>
- Statistikdatabasen (2015), site de statistiques suédoises : www.statistikdatabasen.scb.se
- Sveriges Tandhygienistförening, Association des hygiénistes dentaires : <http://www.tandhygienistforening.se/>
- Sveriges Tandläkarförbund (2015) : <http://www.tandlakarforbundet.se/>
- The Commonwealth Fund & London School of Economics and Political Science (2016), 2015 International Profiles of Health Care Systems
- Tandvårds- & läkemedelsförmånsverket, TLV (2016), Explications du mandate du TLV : <http://www.tlv.se/tandvard/Vart-tandvardsuppdrag/>
- Tandvårds- & läkemedelsförmånsverket, TLV (2016), Tarifs de référence : <https://www.tlv.se/tandvard/referensprislista/>
- Vårdguiden (2013), Rules and rights: <http://www.1177.se/Other-languages/Engelska/>

■ LE MODÈLE NÉERLANDAIS EN SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Focus sur les Pays-Bas

DONNÉES MACROÉCONOMIQUES CLÉS	
Population	16,95 millions
PIB (en milliards d'euros)	724,5
Part du PIB dépensé dans la santé	11,4 %
Poids des dépenses bucco-dentaires dans le PIB	0,36 %
Part des dépenses des régimes publics et régimes obligatoires dans les soins bucco-dentaires	26 %
Part des dépenses des régimes privés facultatifs dans les soins bucco-dentaires	55 %
Part des dépenses directes des ménages dans les soins bucco-dentaires	19 %

SOURCE : POPULATION ET PIB (OCDE, 2016), PART DU PIB DÉPENSÉ DANS LA SANTÉ ET POIDS DES DÉPENSES BUCCO-DENTAIRES DANS LE PIB (CED, 2015), PART DES DÉPENSES (DREES, LES DÉPENSES DE SANTÉ EN 2016, ÉDITION 2017).

Aux Pays-Bas, les dépenses de santé s'élèvent à 11,4 % du PIB en 2015, et 0,36 % sont consacrées aux dépenses dentaires soit 2,6 milliards d'euros. Ces dépenses de santé bucco-dentaires sont prises en charge en moyenne à hauteur de 26 % par l'assurance de base obligatoire, 19 % par les patients et 55 % par les assurances complémentaires privées. Ainsi les dépenses en soins bucco-dentaires néerlandaises sont relativement faibles et la part des dépenses publiques est marginale.

Aux Pays-Bas, depuis 2006, le système de santé est totalement privatisé et est constitué d'une assurance maladie de base universelle obligatoire gérée par des caisses privées pouvant être complétée de manière facultative par une assurance supplémentaire. La couverture de base inclut le remboursement de la majeure partie des soins médicaux, des médicaments et des matériels médicaux, et intervient lorsque les dépenses de santé dépassent une franchise globale non assurable.

Les soins bucco-dentaires sont, eux, partiellement remboursés par l'assurance de base sur un panier de soins restreint. Si pour les enfants de moins de 18 ans, les soins conservateurs et certains soins prothétiques sont couverts à 100 %, pour les adultes, seulement les avulsions et prothèses amovibles sont prises en charge à 100 %. Cette dyssymétrie de couverture des soins bucco-dentaires de base entre les jeunes générations et la population adulte peut expliquer :

- La forte proportion d'édentés à 65 ans aux Pays-Bas (53 %) et une volonté de redresser la situation à travers le lancement récent d'un programme de prévention spécifique ;
- La forte proportion de la population ayant recours aux assurances supplémentaires facultatives : 90 % des Néerlandais, 77 % étant assurés spécifiquement pour le dentaire.

Les assurances supplémentaires jouent aux Pays-Bas un rôle important. Elles offrent un niveau de couverture très important, à hauteur de 75 % des frais dentaires. Pour rester compétitives, et offrir des prestations de qualité à des tarifs attractifs, elles recherchent une offre auprès des cabinets dentaires, induisant une pression concurrentielle indirecte.

Le système de régulation des tarifs a fortement évolué ces dernières années : d'une libéralisation tarifaire, le système a évolué vers des tarifs plafonnés en 2013. La profession est satisfaite par la tarification en

vigueur : des soins conservateurs rémunérés à leur juste valeur et une facturation possible des rendez-vous manqués.

Avec une densité de 51 dentistes (salariés et libéraux) pour 100 000 habitants, une pénurie de dentistes est constatée depuis cinq ans, ayant pour principales conséquences :

- La mise en place d'une stratégie de promotion territoriale afin d'attirer de jeunes dentistes européens ;
- L'émergence de nouveaux modèles organisationnels : des chaînes de cabinets dentaires gérées par des investisseurs privés et composées de cabinets franchisés. Si cette nouvelle organisation ne représente aujourd'hui que 5 % de l'ensemble des cabinets néerlandais, elle devrait s'accroître dans les années à venir. L'augmentation des effectifs des hygiénistes qui peuvent également s'installer dans des cabinets indépendants.

Avec un chiffre d'affaires moyen de 550 000 à 560 000 euros, les cabinets dentaires ont pour principaux points communs :

- Un fauteuil générant entre 200 000 et 300 000 euros de chiffre d'affaires ;
- Le premier poste de dépenses : les charges salariales à hauteur de 40 %, traduisant la volonté commune de s'appuyer sur des auxiliaires et dentistes salariés ;
- Les soins conservateurs rémunérateurs, représentant 70 % à 85 % du chiffre d'affaires ;
- Une organisation aux profils techniques variés au sein des grandes villes ;
- Une flexibilité d'engagement et de rémunération des auxiliaires (dentistes, implantologie, hygiéniste) : à hauteur de 45 % du chiffre d'affaires généré individuellement ;
- Le recours aux sociétés de recouvrement, intermédiaire de facturation.

La gestion administrative est le grand challenge rencontré par les cabinets dentaires néerlandais. Avec plus de 300 actes, cette gestion peut être complexe et chronophage pour certains et moins pour d'autres, ces derniers étant équipés de logiciels facilitateurs ou externalisent cette gestion à un comptable.

LES POINTS FORTS DU MODÈLE NÉERLANDAIS

- Un système de santé en mouvance qui aurait trouvé son modèle depuis 2006 : privatisation à 100 % ;
- De bons résultats en santé-buccodentaire et des taux de recours élevés, notamment pour les enfants ;
- Une politique de prévention incitative ciblant l'ensemble de la population ;
- Un système de tarification considéré par les professionnels comme juste ;
- Une proportion élevée de soins conservateurs.

LES ECUEILS DU MODÈLE NÉERLANDAIS

- Des adultes laissés pour compte : une couverture de base en soins bucco-dentaire très limitée ;
- Une baisse des taux de recours avec l'âge et la diminution de la prise en charge ;
- Une proportion d'édentés importante ;
- Une certaine lourdeur de gestion administrative.

I. Caractéristiques du système de santé bucco-dentaire des Pays-Bas

1. Contexte général

1.1 Le système de santé néerlandais

Un système de santé privatisé depuis 2006 : une couverture de base obligatoire gérée par des caisses privées complétée de manière facultative par une assurance complémentaire privée dont bénéficie aujourd'hui près de 90% des Néerlandais. Une mise en concurrence des assureurs privés induisant une

recherche de prestataires et de prestations de qualité : une pression concurrentielle indirecte auprès des cabinets dentaires.

Aux Pays-Bas, les dépenses de santé s'élèvent à 11,4 % du PIB en 2015 (OCDE, 2016), et celles pour la santé bucco-dentaire représentent 0,36 %, soit 2,6 milliards d'euros. Ces dépenses de santé bucco-dentaires sont prises en charge en moyenne à hauteur de 26 % par les assurances obligatoires, 19 % par les patients et 55 % par les assurances complémentaires privées (OCDE, 2012).

Aux Pays-Bas, depuis 2006, le système de santé est constitué d'une assurance maladie de base universelle obligatoire⁴¹, proposée par une vingtaine de sociétés d'assurances privées^{42,43}. Cette mise en concurrence, régulée dans un cadre de droit public, permet de stimuler un marché et faire émerger une offre en soins de meilleure qualité. En effet les sociétés d'assurances souhaitent proposer les meilleures prestations en termes de tarification et qualité : ainsi elles induisent une mise en concurrence de leurs prestataires, les cabinets dentaires.

Chaque citoyen néerlandais est tenu de s'affilier à une assurance de base privée, tout en étant libre de choisir son assureur et d'opter pour une meilleure option de couverture chaque année voire de changer d'assureur. Les assureurs, ont l'obligation d'assurer ces personnes, quel que soit leur état de santé. Les tarifs des soins, plafonnés et opposables, sont fixés par l'État sur recommandations de l'Institut national des soins de santé (Zorginstituut Nederland).

Les soins dentaires sont gratuits jusqu'à l'âge de 18 ans. Pour les adultes, les soins bucco-dentaires ne sont pas pris en charge par l'assurance de base, en dehors des prothèses et des actes de chirurgie dentaire.

À partir de 18 ans, chaque assuré paye pour l'assurance de base une prime nominale à son assureur (en moyenne 1 200 euros par an (+100 euros par rapport à 2014)⁴⁴) complétée d'une contribution variable selon le revenu financée par l'employeur. Les assurés sont soumis sur leurs dépenses de santé à une franchise médicale annuelle non assurable de 385 euros par an (+25 euros par rapport à 2014)^{45,46}. Pour les moins de 18 ans, les frais de l'assurance de base sont pris en charge par l'État.

Pour les personnes ayant des faibles revenus, une partie de la prime annuelle, de l'assurance de base, peut être prise en charge par le ministère des Finances (Belastingdienst) et ce jusqu'à 90 %. Pour une personne seule avec un salaire minimal, la prime maximum pourra être de 1 066 euros contre 1 200 euros (prime annuelle normale). Pour un foyer composé de minimum deux personnes ayant chacune un salaire minimum, cette somme s'élève à 2 043 € maximum. Une demande spécifique peut être réalisée en ligne sur le site du ministère des Finances⁴⁷.

Outre cette couverture de base obligatoire, les complémentaires jouent un rôle extrêmement important aux Pays-Bas.

⁴¹ Depuis 2006, la loi sur l'assurance-maladie a été actée, homogénéisant l'offre de couverture des soins médicaux sous une même bannière privée. Auparavant l'offre était proposée tant par l'assurance publique que par des assureurs privés.

⁴² Listes des principales sociétés d'assurance néerlandaises : <http://www.zorgverzekering.org/eng/insurance-companies/>

⁴³ Quatre assurances se partagent 88 % des parts de marché (Achmea, UVIT, CZ Group et Menzis). Les huit plus importantes compagnies d'assurance se partagent pratiquement 100 % du marché, laissant très peu de place aux autres compagnies d'assurances très souvent absorbées par ces groupes. Source : The Drawbacks of Dutch-Style Health Care Rules: Lessons for Americans, By Ryan Lynch and Eline Altenburg-van den Broek, 2010 : <http://www.heritage.org/research/reports/2010/07/the-drawbacks-of-dutch-style-health-care-rules-lessons-for-americans>.

⁴⁴ The Dutch Health System, 2014, Joost Wammes, Patrick Jeurissen et Gert Westert, Radboud University Medical Center, 2014 : [http://www.nvag.nl/afbeeldingen/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20\(PDF\).pdf](http://www.nvag.nl/afbeeldingen/Netherlands%20Health%20Care%20System%202014%20(PDF).pdf) .

⁴⁵ International Profiles Of Health Care Systems, Common Weath Fund, 2014 : http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2015/jan/1802_mossialos_intl_profiles_2014_v7.pdf

⁴⁶ Cette franchise de 385 euros peut être augmentée par tranches de 100 euros jusqu'à un maximum de 885 euros permettant de sorte de réduire la cotisation annuelle.

⁴⁷ Healthcare benefit, Government of the Netherlands : <https://www.government.nl/topics/healthcare-benefit>

- Plus de 90 % des Néerlandais souscrivent à ces complémentaires, et sont encore une fois libres de choisir leur assureur. Les patients pourront prendre soit une complémentaire auprès de leur assureur (couverture de base) soit contracter avec un nouvel assureur⁴⁸ ;
- L'assurance complémentaire est facultative et également régie par le droit privé ;
- La tarification oscille fortement entre les assureurs : de 5 à 120 euros par mois pour un Pack général, de 10 à 50 euros par mois pour un Pack dentaire. Aux Pays-Bas, en 2014, 77 % des adultes ont souscrit à une assurance complémentaire couvrant spécifiquement les soins bucco-dentaires⁴⁹.

1.2 La prise en charge des soins bucco-dentaires par l'assurance obligatoire

Une très bonne prise en charge par l'assurance obligatoire des soins conservateurs pour les moins de 18 ans. Une couverture quasi nulle pour les adultes.

La prise en charge des soins bucco-dentaires diffère fortement entre les enfants âgés de moins de 18 ans et les adultes (tableau 13)⁵⁰.

Tableau 13 • Récapitulatif de la prise en charge des patients aux Pays-Bas sur la base des tarifs de référence

Prise en charge	Soins conservateurs	Soins prothétiques	Implants
< 18 ans	100 %	100 % sur actes spécifiques	0 %
Adultes	0 %	0 % (sauf avulsions et prothèses amovibles)	0 %

SOURCE : ZORGINSTITUUT NEDERLAND, 2016.

Pour les enfants de moins de 18 ans, l'assurance nationale de santé couvre intégralement la plupart des soins bucco-dentaires :

- Les soins conservateurs : les consultations (une fois par an) et les urgences, le détartrage, les applications de fluor deux fois par an à partir de l'âge de six ans, les obturations à l'amalgame, les anesthésies, le traitement de canaux radiculaires, les radiologies (à l'exception d'un traitement orthodontique) ;
- Les soins prothétiques ;
- Les prothèses complètes, les traitements chirurgicaux (hors implants) ;
- Spécifiquement pour les dents de devant : les couronnes, bridges, implants, suite à un traumatisme (accident) ou dans le cas d'une agénésie. Sur ce dernier point, il semble que l'âge limite pour bénéficier de cette couverture sur les dents de devant, a été réévalué à 23 ans au lieu de 18 ans pour une application au 1^{er} janvier 2017⁵¹ ;
- L'orthodontie, dans le cas de patients ayant de graves troubles du développement ;
- Pour les adultes, seules les prothèses amovibles et les avulsions sont prises en charge à 100 % par l'assurance santé de base⁵². Les autres soins bucco-dentaires, représentant une majeure partie des soins bucco-dentaires, sont soit couverts par l'assurance complémentaire à laquelle le patient aura souscrit soit à la charge du patient ;

⁴⁸ Deux possibilités : extension de l'offre de base par une offre complémentaire auprès du même assureur ou souscription auprès d'un autre assureur spécifiquement pour l'offre complémentaire.

⁴⁹ Financement des soins bucco-dentaires aux Pays-Bas, KNMT, 2016, <http://staatvandmondzorg.nl/verleende-zorg/bekostiging-en-macro-uitgaven/>

⁵⁰ Détails de la prise en charge des soins bucco-dentaires pour les enfants, les adultes et cibles spécifiques : <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/mondzorg#Mondzorgaanalleverzekerden>

⁵¹ Couverture pour le remplacement des dents de devant pour les moins de 23 ans, Dental Tribune, 2016, http://www.dental-tribune.com/articles/news/netherlands/31107_frontandvervanging_tot_23_jaar_vergoed_per_2017.html

⁵² Également couverts à 100% par l'assurance de base : les soins réalisés auprès de patients adultes ayant de graves troubles de la dentition, congénitales ou non.

- À noter que les dépenses annuelles en soins dentaires augmentent de 6 % en moyenne par an et par personne, passant de 86 euros en 1999 à 164 euros en 2011, pour tendre à 200 euros de nos jours (Klingenberg et al, 2015).

Ci-dessous récapitulatif de l'organisation des soins bucco-dentaires aux Pays-Bas :

Les dentistes, pour pouvoir exercer, doivent s'enregistrer sur le registre des professionnels de santé nommé « Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg »⁵³ (BIG) administré par le ministère de la Santé néerlandais.

Les intérêts des chirurgiens-dentistes sont représentés par deux associations : l'Association professionnelle des dentistes et des spécialistes dentaires aux Pays-Bas (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde ; KNMT⁵⁴) et l'Association dentaire néerlandaise (Associatie Nederlandse Tandartsen ; ANT⁵⁵). Existent également d'autres associations spécialisées en parodontie, endodontie, etc.

Les dentistes peuvent s'enregistrer sur le registre Qualité des dentistes nommé « Kwaliteits-register Tandartsen »⁵⁶ (KRT), dans le cas où ils suivent des formations régulièrement⁵⁷. Ainsi ce listing permet aux patients de sélectionner des dentistes selon leur localisation, leurs spécialités et leur indice de formation (KRT Seal).

1.3 Les programmes de prévention mis en place

Une politique de prévention essentiellement ciblée sur les moins de 18 ans et depuis peu axée sur les seniors.

Depuis plusieurs années, des programmes de prévention ciblent particulièrement les enfants, les personnes âgées et les personnes à très faibles revenus.

Pour les enfants, deux programmes de prévention majeurs sont en place aux Pays-Bas :

Le premier nommé « Hou je mond gezond !⁵⁸ » (Gardez votre bouche saine), a été lancé en 2009. Ce programme d'éducation permanent est géré par l'Association néerlandaise pour la santé bucco-dentaire (Ivoren Kruis⁵⁹) et a pour principal objectif de faciliter à l'échelle nationale soit la visite d'un praticien généraliste ou d'auxiliaires (hygiénistes, assistants spécialisés en hygiène dentaire) au sein d'écoles maternelles et primaires, soit à l'inverse, de favoriser le déplacement d'une classe vers un cabinet dentaire. Les consultations sont axées sur l'enseignement de l'hygiène et des bonnes pratiques bucco-dentaires. Ces rencontres sont gratuites pour les écoles et

dispensées par des professionnels bénévoles. Brosses à dents et dentifrices peuvent être distribués aux enfants lors de ces séances de découvertes.

Depuis le lancement de ce programme plus de 3 000 bénévoles ont réalisé plus de 25 000 rencontres touchant plus de 750 000 enfants⁶⁰. Les résultats sont positifs : les enfants se brossent mieux les dents après avoir participé à une session « Hou je mond gezond ! ».



⁵³ Registre des professionnels de santé, Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg : <https://www.bigregister.nl/>.

⁵⁴ KNMT, association professionnelle des dentistes et des spécialistes dentaires aux Pays-Bas : <https://www.knmt.nl/home>.

⁵⁵ ANT, association dentaire néerlandaise : <https://www.ant-tandartsen.nl/>.

⁵⁶ Registre Qualité des dentistes, Kwaliteits-register Tandartsen : <http://www.krt.nu/> . Fondé en 2007 par la Société Néerlandaise pour la promotion de la médecine dentaire (KNMT) et l'association néerlandaise des dentistes.

⁵⁷ Les formations continues supplémentaires sont facultatives.

⁵⁸ Programme de prévention ; cible Enfants « Hou je mond gezond » : <http://www.houjemondgezond.nl/splash/>.

⁵⁹ Association néerlandaise pour la santé bucco-dentaire : Ivoren Kruis, <http://www.ivorenkruis.nl/>

⁶⁰ Données quantitatives du taux de pénétration visibles sur le site Ivoren Kruis : <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?m=1&sub=0&c=1&id=115>.

Le deuxième programme « Gewoon Gaaf ⁶¹ » (Juste Cool) a pour objectif de prévenir les caries chez les enfants de 0 à 18 ans. Géré et organisé par l'Association néerlandaise pour la santé bucco-dentaire (Ivoren



Kruis), ce programme consiste à conseiller les enfants de moins de 18 ans ou à coacher les parents, sur des pratiques de brossage des dents efficaces et adaptées à leur âge et leur bilan bucco-dentaire.

Pour réaliser et suivre le bilan bucco-dentaire de leurs patients, les dentistes ont à leur disposition une feuille de route leur permettant d'établir un bilan « carieux », les risques de survenues associés, les actions préventives ou curatives qui pourront être réalisées, et la fréquence de brossage appropriée. Cette feuille de route est subdivisée par tranche d'âge (0 à 4 ans ; 4 à 12 ans et 12 à 18 ans) et téléchargeable sur le site internet du programme. Autres supports de promotion pour les dentistes : dépliants et kakemono payantes de 40 à 60 euros HT/bannière selon la taille.

Les dernières études (Dr. Erik Vermaire 2013) ont soulevé que ce programme permettrait de réduire de 70 % la survenue de caries.

Les dentistes sont libres de s'intégrer dans ce programme. Cependant certains dentistes y sont réticents, en raison principalement du temps supplémentaire pour réaliser une procédure « Gewoon Gaaf » individualisée.



Néanmoins l'association Ivoren Kruis estime que d'ici 2020, 600 dentistes collaboreront à ce programme⁶², ce qui reste une part relativement faible des dentistes en activité (7 %).

Les personnes âgées bénéficient également, depuis peu, d'un programme de prévention spécifique « Houd de mond gezond »⁶³ (Gardez votre bouche saine). Ce programme permanent géré par l'Association néerlandaise pour la santé bucco-dentaire (Ivoren Kruis) a pour objectif, à l'échelle nationale, d'améliorer et maintenir la santé bucco-dentaire chez les personnes âgées résidant dans des établissements de santé spécifiques, au sein de maisons de retraite par exemple.

À l'instar du programme du même nom destiné aux enfants, des conseils et formations⁶⁴ en hygiène et bonnes pratiques en santé bucco-dentaire (brossage de dents et dentiers) sont prodigués gratuitement par des professionnels bénévoles (dentistes et auxiliaires) auprès du personnel soignant de ces établissements de santé. Après une session de formation, le personnel soignant repart avec une valise intégrant brosses à dent et tubes de dentifrice, parrainée par la marque Elmex. À partir de fin 2016, le module d'apprentissage sera disponible en e-learning.

En 2015 plus de 500 professionnels avaient déjà formé plus de 5 000 soignants en santé bucco-dentaire⁶⁵.

1.4 État de santé bucco-dentaire des néerlandais

Un système de santé bucco-dentaire performant et efficient, aboutissant à des indices CAO à 12 ans excellents avec 0,36 % du PIB consacré aux dépenses bucco-dentaires. Une politique ayant mis depuis des années sur la cible enfants et tentant de redresser la situation des personnes âgées.

⁶¹ Programme de prévention ; cible les moins de 18 ans nommé « Gewoon Gaaf » : <http://www.gewoon-gaaf.nl/> avant 2014, précédemment appelé la méthode NOCTP pour « Non Operative Caries Treatment and Prevention ».

⁶² Preventie is hot, nu de vergoeding nog, Dental Tribune, 2015 : http://www.dental-tribune.com/articles/news/netherlands/26899_preventie_is_hot_nu_de_vergoeding_nog.html.

⁶³ Programme de prévention, cible personnes âgées « Houd de mond gezond » : <http://www.h-ouddemondgezond.nl/>.

⁶⁴ Les supports de formation sont téléchargeables sur le site internet : <http://www.h-ouddemondgezond.nl/mondzorgverlener/academie/academielessen> ; les dépliants également : <http://www.h-ouddemondgezond.nl/mondzorgverlener/materiaal>.

⁶⁵ Bilan quantitatif de 2015 : <http://www.ivorenkruis.nl/index.cfm?m=1&sub=0&c=1&id=110>.

Deux consultations annuelles respectivement chez le dentiste et chez l'hygiéniste sont recommandées aux Pays-Bas. Dans 63 % des cas, les consultations sont des visites de contrôle conduisant principalement à des soins conservateurs⁶⁶.

On observe un taux de recours⁶⁷ moyen chez les dentistes de 80 % et de 30 % pour les hygiénistes⁶⁸ en 2015 : une tendance à la hausse notamment envers les hygiénistes (taux de recours de 28 % en 2014), en corrélation avec une fonction en pleine évolution et structuration.

Ces taux de recours fluctuent selon les revenus des patients, les âges et les genres :

- Pour les adultes, les soins bucco-dentaires étant peu couverts par la couverture de base, la disparité d'accès est flagrante. Ainsi ces taux de recours sont de 10 points supérieurs pour les patients aux plus hauts revenus : 90 % de taux de recours aux dentistes et 40 % pour les hygiénistes.

À l'inverse les enfants de moins de 18 ans bénéficiant d'une large couverture de base, le taux de recours aux dentistes est à son maximum sur la population de 12 à 16 ans (97 %), chute de presque 20 points à partir de 20 ans (80 %) et atteint seulement 50 % pour les plus de 75 ans⁶⁹. Le taux de recours aux hygiénistes est supérieur à la moyenne pour les patients de 30 à 75 ans, avec un taux de recours en moyenne de 35 % et un maximum de 38 % pour les 50 à 55 ans.

- Les femmes ont légèrement plus recours aux dentistes et hygiénistes comparées aux hommes, respectivement 80 % contre 77 % et 32 % contre 29 %.

La plupart des dentistes n'hésitent pas à fixer et à rappeler à leur patient la date de leur prochain rendez-vous de contrôle : 53 % des dentistes fixent lors de la consultation la date du prochain rendez-vous, 50 % des dentistes rappellent l'échéance en téléphonant à leur patient et 35 % utilisent un courriel de rappel⁷⁰.

Au global, la population néerlandaise semble satisfaite des services rendus par les dentistes.

Si l'on considère les critères de santé bucco-dentaire (indice CAO, « zéro CAO » et édentés), les Pays-Bas affichent de très bons résultats pour les enfants de 12 ans, et des résultats très en deçà pour la population de plus de 75 ans, en comparaison à la France et aux pays de l'OCDE (CED, 2015).

Tableau 14 • Comparaison des indices CAO, pourcentage CAO à 12 ans et d'édentés à 65 ans entre les Pays-Bas et la France entre 2009 et 2011

	Indice CAO à 12 ans	% de zéro CAO à 12 ans	% de la population édentée à >65 ans
<i>Pays-Bas</i>	0,6	73%	40%
<i>France</i>	1,2	56 %	16 %

SOURCES : INDICE CAO (OCDE 2017), % CAO (CED, 2015) ET % ÉDENTÉE (CECDO 2014).

⁶⁶ Tendances sur les pratiques des dentistes et orthodontistes aux Pays-Bas, Rabobank, 2015, <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>.

⁶⁷ Taux de recours : part de la population se rendant au moins une fois chez le dentiste dans l'année.

⁶⁸ Données des taux de recours dentiste et hygiéniste issus du Bureau Central des données statistiques (CBS) : <https://www.cbs.nl/nl-nieuws/2016/11/met-hoger-inkomen-meer-naar-tandarts-en-mondhygienist>

⁶⁹ En 2013, 70% des plus de 75 ans avaient des prothèses dentaires.

⁷⁰ Méthodes de rappels des échéances de contrôle, KNMT, 2016 : <http://staatvandemondzorg.nl/toegankelijkheid-van-de-mondzorg/wachttijden-in-tandartspraktijken/>.

De manière générale, sur l'ensemble de la population, la santé bucco-dentaire s'améliore comme le montrent les indices CAO par tranches d'âge, ci-dessous :

Tableau 15 • Indice CAO (sur 28 dents) de la population néerlandaise âgée de 25 à 74 ans

Indice CAO		
	2007	2011
<i>25-34 ans</i>	6,6	6,6
<i>35-44 ans</i>	12,7	9,1
<i>45-54 ans</i>	16,6	14,5
<i>55-64 ans</i>	19,1	17,8
<i>65-74 ans</i>	19,6	18,7

SOURCE : TNO, 2013⁷¹.

2. Une organisation des cabinets dentaires qui tend au regroupement

Une pénurie de dentistes constatée depuis cinq ans, ayant pour principale conséquence la mise en place d'une stratégie de promotion territoriale afin d'attirer de jeunes dentistes européens, mais faisant surtout émerger, sur le sol néerlandais, de nouveaux modèles organisationnels.

En 2015, on recensait 12 200 dentistes aux Pays-Bas pour 8 600 en activité. Ceci représente 51 dentistes (salariés et libéraux) pour 100 000 habitants (NKMT, 2015). Selon les zones géographiques, cette densité est disparate : 77,5 dentistes pour 100 000 habitants à Amsterdam contre 40 dans le Sud-Ouest du pays, zone où la densité de la population est la plus faible⁷².

Depuis 2011, on constate l'émergence d'une pénurie de dentistes néerlandais⁷³ en raison d'une diminution du nombre de jeunes diplômés⁷⁴ associée à une hausse constante des départs à la retraite⁷⁵. Ainsi, de plus en plus de cabinets dentaires sont proposés à la vente. Cependant, faute d'une démographie dynamique ou de jeunes dentistes ayant la fibre entrepreneuriale, certains cabinets ferment définitivement ne trouvant pas d'acquéreur, et d'autres se font racheter par des investisseurs privés. En conséquence, un nouveau modèle organisationnel émerge : les chaînes de cabinets dentaires composées de cabinets franchisés. Si cette nouvelle organisation ne représente aujourd'hui que 5 % de l'ensemble des cabinets néerlandais, elle devrait s'accroître dans les années à venir⁷⁶.

En outre, cette baisse de la démographie tente d'être compensée par l'attraction de dentistes européens, représentant plus de 10 % des effectifs totaux (CED, 2015). Des plateformes web⁷⁷ dédiées à la promotion territoriale promeuvent les avantages de s'expatrier aux Pays-Bas en tant que dentiste. Les volontaires peuvent être accompagnés dans leurs démarches administratives par une équipe dédiée, les « Migration Coaches » et échanger avec ceux qui ont franchi le pas, les « Ambassadors ».

⁷¹ Étude de la santé buccodentaire des adultes, TNO, 2013, données CAOD en p65.
http://staatvandemondzorg.nl/app/uploads/2016/09/gebit-fit_rapport_def.pdf.

⁷² Tendances sur les pratiques des dentistes et des orthodontistes aux Pays-Bas, Rabobank, 2015, <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>.

⁷³ Tendances sur les pratiques des dentistes et des orthodontistes aux Pays-Bas, Rabobank, 2015, <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>.

⁷⁴ Moins de 200 nouveaux diplômés chaque année contre une offre d'emplois de 400 dentistes annuellement. Source : DPA, 2016.

⁷⁵ En 2013, près de 50 % des dentistes actifs étaient âgés de plus de 50 ans, CED, 2015.

⁷⁶ Tendances sur les pratiques des dentistes et orthodontistes aux Pays-Bas, Rabobank, 2015, <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>.

⁷⁷ Exemple de plateforme web de promotion territoriale : <http://www.dentistinholland.com/>

À partir du 1^{er} janvier 2017⁷⁸, tous les dentistes étrangers souhaitant s'installer aux Pays-Bas devront démontrer leur aptitude à parler néerlandais. Une condition *sine qua non* pour être inscrit sur le Registre des professionnels de santé nommée « BIG Register » et pouvoir librement exercer.

2.1 Un secteur libéral largement prédominant et attractif économiquement

Sur les 8 600 dentistes actifs aux Pays-Bas, 93 % sont libéraux (propriétaires ou salariés d'un cabinet dentaire) et 7 % sont salariés du secteur public.

Le secteur libéral est attractif économiquement : la rémunération annuelle moyenne brute d'un dentiste libéral étant de 91 750 euros⁷⁹ contre 78 061 euros⁸⁰ pour un dentiste salarié du secteur public.

Trois possibilités de rémunération sont envisageables pour les jeunes dentistes non propriétaires⁸¹ :

- Choix du salariat au sein d'un cabinet dentaire, permettant d'atteindre un revenu brut mensuel compris entre 4 000 et 5 000 euros ;
- Choix du salariat au sein d'un cabinet dentaire avec une rémunération mixte : un salaire brut mensuel de minimum 3 500 euros associé à un salaire variable en moyenne de 35 % du chiffre d'affaires réalisé ;
- Choix d'être indépendant et de travailler au sein de deux à trois cabinets assurant un revenu à 35 % du chiffre d'affaires réalisé dans chacun de ces cabinets.

Au sein du secteur public, les dentistes sont répartis entre quatre services différents : 42 % (250 dentistes) sont employés par le Service Dentaire Public, 35 % par les hôpitaux, 18 % au sein d'universités et enfin 5 % au sein des forces armées (CED, 2015).

2.2 Une majorité de cabinets dits individuels avec une tendance au regroupement

Une majorité de cabinets individuels qui tendent à se regrouper pour d'une part optimiser les coûts de gestion et d'autre part moderniser leurs équipements.

Sur plus de 6 200 cabinets dentaires privés, les cabinets d'exercice dits individuels sont majoritairement représentés à 58 % contre 42 % pour les cabinets d'exercice regroupés (Rabobank, 2015).

Aux Pays-Bas, un cabinet d'exercice individuel est défini comme un cabinet ayant pour propriétaire un unique dentiste. 32 % des cabinets individuels emploient au moins 1 dentiste salarié ou indépendant. En moyenne, ces cabinets sont composés de 1,7 auxiliaire, à savoir 1,4 assistante et 0,3 hygiéniste⁸².

Les cabinets d'exercice regroupés sont quant à eux définis comme ayant au minimum deux dentistes propriétaires associés. Actuellement, 42 % des cabinets regroupés ont en moyenne 2,3 associés avec 4,8 auxiliaires (4 assistantes et 0,8 hygiénistes). Cette organisation est privilégiée en zone urbaine afin de proposer une offre en soins bucco-dentaire diversifiée (implantologie, pédiatrique, soins cosmétiques, etc.), d'optimiser les coûts de structure et de rester compétitif.

⁷⁸ Nouvelle loi pour les expatriés : savoir parler néerlandais, Vanaf 1 januari taaleis buitenlandse tandartsen, KNMT, 2016 : <https://www.knmt.nl/nieuws/vanaf-1-januari-taaleis-buitenlandse-tandartsen>.

⁷⁹ Moyenne calculée à partir du salaire tranche haute de 109 000 euros et du salaire tranche basse de 74 500 euros :

Medisch specialisten zijn best verdienende zzp'ers, CBS, 2016 : <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/13/medisch-specialisten-zijn-best-verdienende-zzp-ers>

Tandartsen en orthodontisten, Dental Info, 2015 : <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>

⁸⁰ Moyenne calculée à partir des salaires des trois catégories : centres de santé publics 73 825 euros, hôpital 82 836 euros, Fonctionnaires de l'État civil 77 523 euros : Methodieken ter bepaling van de 'arbeidskosten' van eerstelijnszorg, 2013 : https://www.ant-tandartsen.nl/uploads/downloads/NZa_Methodieken_ter_bepaling_van_de_arbeidskosten_eerstelijnszorg.pdf

⁸¹ Informations issues de la DPA, <http://www.dentistinholland.com/dentistry-in-the-netherlands-faq/>

⁸² Pratiques des dentistes et marché associé, NZA, 2012 : https://www.nza.nl/1048076/1048181/Marktscan_Mondzorg__december.pdf

Sur l'ensemble de ces cabinets, 5 % font partis d'une chaîne et sont franchisés. Les principaux groupements de cabinets dentaires sont les suivants : DentConnect (70 cabinets dentaires), Samenwerkende Tandartsen (47 cabinets), Dental Clinics (49 et bientôt 67 cabinets), Ivory&Ivory (18 cabinets)⁸³.

2.3 Une forte densité d'auxiliaires

Une forte densité d'auxiliaires avec une variété de profils qualifiés (techniques et administratifs) illustrant la tendance à la spécialisation des tâches et à l'autonomie qui favorise la productivité et la rentabilité des cabinets dentaires.

Les cabinets dentaires néerlandais fonctionnent avec un fort soutien des auxiliaires dentaires. Ces cabinets dépassent en moyenne les 2,5 auxiliaires par dentiste, en équivalent temps plein. Ces auxiliaires incluent 18 000 assistants dentaires, 3 200 hygiénistes et plus de 5 500 techniciens dentaires (CED, 2015).

De manière générale, on constate une hausse de l'emploi des hygiénistes et des assistants permettant au dentiste de s'affranchir de tâches peu génératrices de valeur et de se focaliser sur des traitements plus complexes.

La délégation des tâches suit certaines règles. En effet, certaines procédures sont réservées au seul périmètre d'action des chirurgiens-dentistes et ne peuvent être déléguées⁸⁴ : actes chirurgicaux dont l'extraction et le forage de dents, injections de substances dont anesthésie locale, radiographie et prescription de médicaments. Les autres soins peuvent être réalisés par des auxiliaires qualifiés.

Profil des auxiliaires techniques :

Les assistants dentaires, pivot d'un cabinet dentaire, réalisent des tâches autant administratives que techniques, sous la supervision d'un dentiste.

Cette profession peut se spécialiser dans la prévention afin de former les patients à l'hygiène bucco-dentaire mais également réaliser des soins spécifiques (détartrage, blanchiment, etc.). Aujourd'hui cette spécialité est faiblement représentée, avec 2 000 assistants spécialisés en prévention. Cependant les prévisions tablent sur un doublement de l'effectif dans les prochaines années⁸⁵.

Selon l'association KNMT, 53 % des dentistes délégueraient leurs tâches aux assistants dentaires comme présenté ci-dessous :

Tableau 16 • Proportion des tâches déléguées par le dentiste aux assistants

Tâches déléguées	Proportion
<i>Former à l'hygiène dentaire</i>	92 %
<i>Retirer le tartre supragingival</i>	86 %
<i>Appliquer du fluor</i>	72 %
<i>Polir les dents</i>	72 %
<i>Éducation à la morphologie et composition dentaire</i>	61 %
<i>Réaliser des radiographies rayons X</i>	59 %
<i>Réaliser des obturations</i>	58 %
<i>Prendre des empreintes</i>	54 %

SOURCE : KNMT, 2016, STAATVANDEMONDZORG.NL.

⁸³ Tendance au groupement de cabinets dentaires, FD, 2016 : <https://fd.nl/economie-politiek/1171243/ketenvorming-onder-tandartsen-zet-door>

⁸⁴ Délégations des tâches et actions réservées, KNMT 2016 : <https://www.knmt.nl/beroepen/taakdelegatie-en-voorbehouden-handelingen>

⁸⁵ Données issues de la NVVTA, Association néerlandaise des assistantes dentaires : <http://www.nvvta.nl/>

L'expérience et la spécialisation en prévention/prophylaxie sont rémunérateurs pour les assistants dentaires :

- De 20 000 euros à 27 000 euros de salaire annuel brut pour une personne de 21 ans ayant de 0 à 8 années d'expériences (ANT, 2016) ;
- D'environ 20 000 euros à 30 000 euros de revenus annuels bruts pour un assistant sans et avec une spécialité en prévention/prophylaxie⁸⁶.

Les assistants sont généralement employés à mi-temps au sein d'un cabinet dentaire.

Les hygiénistes, après quatre ans d'études spécialisées, peuvent soit exercer en tant que salariés au sein d'un cabinet dentaire soit être indépendants⁸⁷.

Ces auxiliaires ont pour rôle de prévenir l'apparition de caries et maladies bucco-dentaires en prodiguant conseils en hygiène bucco-dentaire, plan de traitement adapté et soins préventifs (détartrage, polissage), certains soins étant prescrits par le dentiste, tels que l'obturation de petites cavités⁸⁸. À partir de 2018, et durant une période expérimentale de cinq ans, le périmètre d'activités des hygiénistes devrait être étendu à certaines activités réservées jusqu'à présent au périmètre d'action du dentiste (réalisation de radiographie, forage de caries primaires, etc.)^{89,90}. 90 % des dentistes réfèrent leurs patients vers un hygiéniste dentaire présent ou non au sein de leur cabinet pour des tâches telles que celles présentées ci-dessous :

Tâches déléguées	Proportion
<i>Réaliser indépendamment</i>	
- Retirer le tartre sous-gingival	96 %
- État des poches (Maken van pocketstatussen)	84 %
- Former à l'hygiène dentaire	80 %
- Retirer le tartre supragingival	72 %
- Créer et interpréter les scores DPSI	39 %
<i>Réaliser sur instruction du dentiste</i>	
- Administration de l'anesthésie	16 %
- Rayons X	12 %
- Préparation d'une face (eenvlakspreparatie)	11 %
- Restauration d'une face (eenvlaksrestauratie)	10 %

SOURCE : KNMT, 2014.

Les patients peuvent consulter des hygiénistes avec ou sans prescription du dentiste. Les hygiénistes peuvent référer un patient à un dentiste pour des soins hors de leur périmètre d'activités.

La rémunération annuelle brute de ces auxiliaires varie selon les années d'expérience et selon si, dans leur périmètre d'activités, ils réalisent ou non des actes curatifs : 26 000 euros dans le cas de juniors sans expérience ne réalisant pas d'actions curatives à 30 000 euros avec un périmètre d'actions plus large, et 40 à 42 000 euros pour un hygiéniste avec 11 ans d'expérience (ANT, 2016).

Une fonction jeune et très féminisée : 97 % des hygiénistes sont des femmes et 60 % ont moins de 40 ans. Une activité pratiquée principalement à temps partiel par 65 % des hygiénistes.

⁸⁶ Entretien avec un dentiste néerlandais, 2016.

⁸⁷ NVM, Association néerlandaise des hygiénistes dentaires : <http://www.mondhygienisten.nl/wettelijk-kader-beroep/>

⁸⁸ Périmètre d'activités des hygiénistes, KNMT, 2016 : <https://www.knmt.nl/beroepen-in-de-mondzorg/beroep-mondhygienist>

⁸⁹ Extension du périmètre d'activité des hygiénistes, NVM, 2016 : <http://www.mondhygienisten.nl/nieuws/weg-naar-taakherschikking/>

⁹⁰ Extension du périmètre d'activité des hygiénistes, Dental Tribune, 2016 : http://www.dental-tribune.com/articles/news/netherlands/30776_mondhyginist_krijgt_extra_zelfstandige_bevoegdheden_vanaf_2018.html

De plus en plus de cabinets dentaires font appels à des hygiénistes. Dans les grandes villes, des hygiénistes ouvrent leur propre cabinet⁹¹.

Les techniciens dentaires, après une formation qualifiante de quatre ans, peuvent réaliser des dispositifs médicaux dentaires sur-mesure (prothèses, couronnes, bridges, etc.) soit au sein d'un cabinet dentaire ou majoritairement au sein d'un laboratoire dentaire⁹².

Les tâches administratives sont gérées soit par le praticien propriétaire soit par un manager, pouvant être un auxiliaire dentaire.

En moyenne, un dentiste travaille 41 heures par semaine avec 31,7 heures passées à pratiquer (temps de siège) et 9,2 heures accordées à la gestion quotidienne du cabinet (administration, consultation, etc.)⁹³.

Pour une plus grande fluidité dans la facturation des actes, les cabinets dentaires font appel à des sociétés de recouvrement.

3. Régulation des tarifs par les financeurs

D'une libéralisation tarifaire à un plafonnement en 2013. Un système de tarification en mouvance, où l'instabilité a des conséquences directes sur la stratégie des cabinets dentaires.

En 2012, une phase d'expérimentation avait été lancée, laissant aux dentistes la possibilité de pratiquer librement leurs prix. Cependant, cette période de test fixée préalablement à trois ans a été rapidement écourtée. En cause, la hausse fulgurante et incontrôlable des prix.

En 2013, une nouvelle loi a ainsi proposé des prix plafonnés sur 320 actes (NZA, 2016). Cette régulation tarifaire est toujours en vigueur et les tarifs sont réévalués tous les ans.

Les prix sont fixés pour l'ensemble des actes suite à une négociation entre les praticiens généralistes et spécialistes, les assurances maladies privées et la NZA.

⁹¹ Carte nationale présentant les hygiénistes inscrits sur le Registre Qualité des hygiénistes : http://zoek.kieskrm.nl/#link_org_2000

⁹² Techniciens dentaires, périmètre d'action, KNMT, 2016 : <https://www.knmt.nl/beroepen/beroep-tandtechnicus>

⁹³ Temps de travail d'un dentiste, KNMT, 2014 : <http://staatvandmondzorg.nl/organisatie-van-de-patientenzorg/zorgverlening-door-tandartsen/>

Figure 6 • Extrait de la nomenclature en vigueur, NZA, 2016

I Consultatie en diagnostiek (C)		
a. Diagnostisch onderzoek		
C11	Periodieke controle	€ 20,08
C13	Probleemgericht consult	€ 20,08
b. Aanvullend diagnostisch onderzoek, algemeen		
C22	Aanvullende medische anamnese na (schriftelijke) routinevragen	€ 20,08
C28	Uitgebreid onderzoek t.b.v. opstellen en vastleggen behandelplan	€ 95,13
C29 *	Studiemodellen t.b.v. behandelplan	€ 26,42
C65	Planmatig beslijpen van alle voortanden, per boven- of onderkaak	€ 52,85
c. Toeslagen en diversen		
C80	Mondzorg aan huis	€ 15,85
C84	Vorbereiding behandeling onder algehele narcose	€ 42,28
C85	Weekendbehandeling	€ 20,08
C86	Avondbehandeling	€ 20,08
C87	Nachtbehandeling	€ 20,08
II Maken en/of beoordelen foto's (X)		
X10	Kleine röntgenfoto	€ 14,80
X21	Kaakoverzichtsfoto	€ 63,42
X22	Kaakoverzichtsfoto t.b.v. implantologie in de tandeloze kaak	€ 63,42

4. Honoraires sur des actes clés

Une activité professionnelle satisfaite par la tarification en vigueur : des soins conservateurs rémunérés à leur juste valeur et une facturation possible des rendez-vous manqués.

La nomenclature néerlandaise des soins bucco-dentaires⁹⁴ est régie par l'Autorité de santé néerlandaise (NZA) qui fixe annuellement un plafonnement des tarifs de chaque acte répertorié. Cette nomenclature rassemble plus de 320 actes, regroupés dans les 14 catégories suivantes :

- Consultation et diagnostic ;
- Radiologie ;
- Soins préventifs ;
- Anesthésie ;
- Obturation ;
- Traitement du canal radiculaire ;
- Couronnes et bridges ;
- Avulsions ;
- Interventions chirurgicales (anesthésie incluse) ;
- Dentiers ;
- Traitement des gencives ;
- Implants ;
- Autres : Taux horaires et Abonnements.

Les principaux actes de la nomenclature sont listés ci-après. Les tarifs associés sont ceux en vigueur depuis le 1^{er} mars 2016.

⁹⁴ Nomenclature des soins bucco-dentaires néerlandaise, NZA, 2016, N° TB/CU-7135-04

https://www.nza.nl/1048076/1048144/TB_CU_7135_04_Tariefbeschikking_tandheelkundige_zorg.pdf

Un plan de traitement est composé de plusieurs actes, chaque acte est mentionné sur le devis établi par le dentiste. Exemple : une obturation coronaire intègre 3 actes, l'acte d'obturation en lui-même, l'anesthésie et la pose de digue.

La majorité des actes listés ici sont mieux rémunérés aux Pays-Bas qu'en France. Les dentistes néerlandais sont satisfaits du niveau de rémunération des actes conservateurs.

Dans le cadre des consultations régulières, notamment pour les mineurs, les patients reçoivent un rappel par courriel deux semaines avant la séance, puis un sms un jour avant. Les rendez-vous sont en général planifiés de séance en séance. Cela garantit à la fois un meilleur suivi du patient, et pour le dentiste, lui permet d'avoir une meilleure visibilité sur son planning.

Par ailleurs, si le patient venait à manquer son rendez-vous, le dentiste a le droit de facturer la séance malgré tout.

En somme, un marché de la demande en soins bucco-dentaires qui restera élevé sur le long terme avec pour principaux facteurs de croissance : une population vieillissante, conservant ses dents naturelles de plus en plus longtemps. Ainsi, la demande en soins conservateurs devrait se stabiliser, les soins cosmétiques sont appelés à croître tandis que les soins prothétiques devraient emprunter une pente descendante⁹⁵.

Tableau 17 • Principaux actes de la nomenclature néerlandaise

ACTES	France - Base de remboursement	DES TARIFS DE RÉFÉRENCE PLAFONNES aux Pays-Bas
Consultation	23 euros	20,08 euros
Diagnostic :		
1 Radio rétro alvéolaire	7,98 euros	14,80 euros (X10)
1 Radio panoramique	21,28 euros	63,42 euros (X21)
Chirurgie :		
Avulsion simple d'une dent	33,44 euros	39,64 euros (H11) incl. coût matériel
Avulsion d'une dent incluse	83,60 euros	63,42 euros (H35)
Hygiène prophylaxie :		
Détartrage	28,92 euros	11,85 euros /5 min (M03)
Soins conservateurs :		
Obturation d'une molaire (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	Non précisé
Obturation coronaire		
1 face	19,28 euros	66,06 euros (V91) : 42,28 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57
2 faces	33,74 euros	79,27 euros (V92) : 55,49 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57
3 faces	40,97 euros	89,84 euros (V93) : 66,06 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57
Inlay-onlay (1 à 3 faces)	1 face : 19,28 euros 2 faces : 33,74 euros 3 faces : 40,97 euros	1 face : 95,13 € (R11) 2 faces : 147,98 € (R12)

⁹⁵ Tendances sur les pratiques des dentistes et des orthodontistes aux Pays-Bas, Rabobank, 2015, <http://www.dentalinfo.nl/wp-content/uploads/inherited/cijfers-en-trends-rabo.pdf>

		3 faces : 211,40 € (R13)
Traitement endodontique d'une dent :		
Groupe incisivo-canin (1 seule racine)	33,74 euros (avec exérèse de pulpe vivante)	134,86 € (E13) : 95,13 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57 + calcium hydroxide 15,95
Prémolaire (1 à 2 racines)	48,20 euros	177,14 € (E14) : 137,41 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57 + calcium hydroxide 15,95
Molaire (2 à 3 racines)	81,94 euros	219,42 € (E16) : 179,69 + anesthésie 13,21 + pose de digue 10,57 + calcium hydroxide 15,95
Bilan parodontal	-	140,05 euros (T11)
Prothèses et Implants		
Inlay-core	Sans clavette : 122,55 euros Avec clavette : 144,05 euros	52,85 euros
Couronne :		
Métallique	107,50 euros	232,54 euros (R24) hors coût matériel
Céramo-métallique	107,50 euros	
Totale céramique	107,50 euros	
Bridge de base		
Tout métallique	279,50 euros	158,55 euros (R40)
Céramique - Métallique - Métallique	279,50 euros	
Céramique - Céramique - Métallique	279,50 euros	
Tout céramique	279,50 euros	
Prothèse amovible 14 dents	182,75 euros	158,55 euros (R40)
Implantologie		
Pose d'un implant chez l'enfant	438,90 euros	205,53 euros (J20)
Pose d'un implant chez l'adulte	422,18 euros	205,53 euros (J20)

SOURCE : NZA, 2016.

II. Modèles économiques et challenges des cabinets dentaires néerlandais

1. Structure des coûts et des revenus des cabinets dentaires

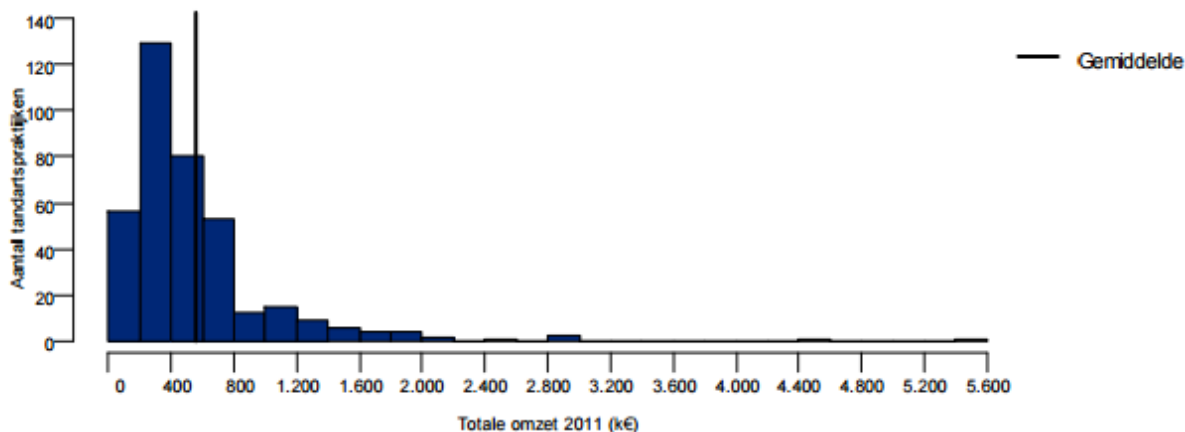
Avec un chiffre d'affaires moyen de 550 000 à 560 000 euros, les cabinets dentaires ont pour principales dépenses les charges salariales et matérielles, représentant 70 % des coûts totaux. Les charges salariales traduisent la volonté commune de s'appuyer sur des auxiliaires et dentistes salariés. A hauteur de 40 % des coûts totaux, ces dépenses salariales se situent dans la moyenne européenne.

D'après une récente enquête (Deloitte, 2014⁹⁶), réalisée auprès de plus de 370 cabinets dentaires aux Pays-Bas, le chiffre d'affaires annuel moyen était en 2011 de 555 000 euros avec :

⁹⁶Pratiques et performances des cabinets dentaires aux Pays-Bas, Deloitte, 2014.
https://www.nza.nl/95826/525502/1058586/Mondzorg_in_Kaart_deel_1A_Tandartspraktijken.pdf

- Une large majorité des cabinets réalisant entre 200 et 600 000 euros de chiffre d'affaires ;
- Une soixantaine de cabinets générant plus de 800 000 euros.

Figure 7 • Répartition des chiffres d'affaires réalisés par les cabinets dentaires néerlandais interrogés en 2011



SOURCE : DELOITTE, 2014.

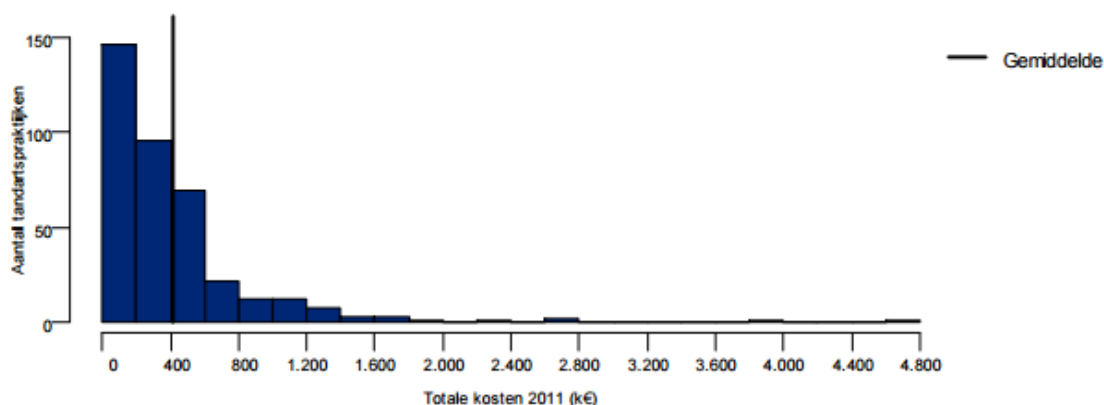
Les soins conservateurs représentent entre 60 % et 80 % de l'activité d'un cabinet dentaire tant en volume qu'en valeur.

En moyenne, les cabinets dentaires détiennent 2 à 3 fauteuils⁹⁷. Le chiffre d'affaires annuel réalisé par fauteuil est de 200 000 à 230 000 euros (Rabobank, 2015). Un deuxième fauteuil permet de faire croître le chiffre d'affaires de 50 % à 60 % et génère une hausse du bénéfice moyen de 20 000 à 25 000 euros.

Un cabinet détient en moyenne un portefeuille de 2 900 patients, avec une moyenne de 150 patients reçus par semaine. Si une grande majorité des cabinets se disent prêts à accepter de nouveaux patients (à hauteur de 93 %), près de 48 % posent certaines conditions : le nouveau patient doit avoir un membre de sa famille déjà intégré dans la patientèle du cabinet ou être motivé pour prendre soin de ses dents (KNMT, 2016⁹⁸).

Toujours selon cette même enquête (Deloitte, 2014), le montant moyen des charges des cabinets dentaires néerlandais oscillait entre 416 000 euros en 2011 et 426 000 euros en 2012.

Figure 8 • Montant des charges totales au sein de cabinets dentaires néerlandais interrogés en 2011



SOURCE : DELOITTE, 2014.

⁹⁷ Un cabinet aurait en moyenne 2,6 fauteuils selon l'étude de Deloitte, 2014.

⁹⁸ KNMT, 2016, <http://staatvandemondzorg.nl/toegankelijkheid-van-de-mondzorg/aannemen-van-nieuwe-patienten/>

Les deux principaux postes de coûts liés à la gestion d'un cabinet dentaire aux Pays-Bas sont d'une part les charges salariales (40 % à 45 %) et d'autre part l'acquisition de matériel/consommables (25 % à 30 %). Ces dépenses représentent près de 70 % des coûts de gestion annuels.

Tableau 18 • Répartition des charges liées à la gestion d'un cabinet dentaire aux Pays-Bas

Typologie de charges	Enquête 2011 (n=377)		Enquête 2012 (N=336)	
	En euros	% des charges totales	En euros	% des charges totales
<i>Salariales</i>	173 642	42%	185 938	44%
<i>Matériel et sous-traitance</i>	119 328	29%	112 087	26%
<i>Loyer</i>	27 663	7%	30 789	7%
<i>Frais généraux</i>	42 285	10%	45 883	11%
<i>Autres</i>	53 139	13%	51 969	12%
<i>Coût total</i>	416 056	100%	426 665	100%

(DELOITTE, 2014).

Par typologie de charge, les détails sont disponibles dans le document source en néerlandais.

Les marges nettes par cabinet et par patient en 2011 et 2012 sont illustrées ci-dessous :

(en euros)	Marge nette	
	2011	2012
<i>Par cabinet dentaire</i>	172 553	174 496
<i>Par patient</i>	70,79	71,30

2. Retours d'expérience des dentistes néerlandais

Une analyse de trois cabinets dentaires d'exercice individuel a été réalisée en 2016.

Ces cabinets sont implantés à Nimègue, en périphérie de Rotterdam et au centre-ville d'Amsterdam.

Si le premier cabinet dentaire se situe, en termes de chiffres d'affaires, proche de la moyenne nationale, les deux autres font partie du peloton de tête avec des chiffres d'affaires supérieurs à 1 million d'euros.

Localisation	CA	Charges	Soins conservateurs	Nbre de fauteuils	RH
<i>Ville Nimègue</i> 172 000 hab.	400k€	50 % : salariales Matériel	Valeur : 85 % Volume : 90%	2	4 personnes : 1 dentiste 3 assistantes spécialisées
<i>Périphérie de Rotterdam</i> 630 000 hab.	1 M€	40 % : Salariales 10 % : Matériel 4 % : Locaux	En volume : 85 %	5	8 personnes : 3 dentistes 1 Implantologue 1 Hygiéniste 2 Assistantes 1 Technicien dentaire
<i>Ville Amsterdam</i> 780 000 hab.	1,5 M€	60 % : salariales	Valeur : 70 % SC Volume : 75 % SC	5	17 personnes : 7 dentistes 3 Hygiéniste 5 Assistantes 2 Réceptionnistes

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, SEPTEMBRE/OCTOBRE 2016.

Malgré des profils d'activité variés, des points communs subsistent entre les déclarations des trois cabinets et ce en cohérence avec la moyenne nationale :

- Un fauteuil génère entre 200 000 et 300 000 euros de chiffre d'affaires ;
- Le premier poste de dépenses : les charges salariales à hauteur de 40 % à 60 % ;
- Les soins conservateurs rémunérateurs, représentant 70 % à 85 % du chiffre d'affaires ;
- Une organisation aux profils variés au sein des grandes villes ;
- Une flexibilité d'engagement et de rémunération des auxiliaires (dentistes, implantologie, hygiéniste) : à hauteur de 45 % du chiffre d'affaires généré individuellement ;
- Le recours aux sociétés de recouvrement, intermédiaire de facturation.

Le grand challenge rencontré par les cabinets interrogés est le suivant :

La gestion administrative des plus de 300 actes peut être complexe et chronophage pour certains et moins pour d'autres. Ces derniers étant équipés de logiciels facilitateurs et/ou externalisent cette gestion à un comptable.

1 / Cas d'un cabinet en centre-ville de Nimègue

Localisation du cabinet	Centre-ville de Nimègue (172 000 habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel. Projet de se regrouper avec d'autres cabinets du quartier
<i>Structure des recettes</i>	Chiffre d'affaires annuel : ~400 000 euros Prévention (volume 50 % - valeur : 25 %) Conservateurs (volume : 40 % - valeur : 60 %) Prothétique (volume : 10 % - valeur : 15 %)
<i>Structure des dépenses</i>	1e poste de dépenses : les charges salariales (50 %) 2e poste de dépenses : la location du cabinet (~30 %) 3e poste de dépenses : matériel et rééquipement
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire – 36 h/semaine (~150 000 euros/an brut) 3 assistantes dentaires spécialisées (2 ETP) (~30 000 euros/an brut) À noter : Ne prend aucun stagiaire, car il veut être sûr des personnes qui traitent ses patients
<i>Nombre de fauteuils</i>	2

Localisation du cabinet	Centre-ville de Nimègue (172 000 habitants)
<i>Typologie des patients</i>	Principalement des adultes entre 30 et 50 ans 70 % à 80 % ont une assurance complémentaire (même si ça ne couvre pas en totalité les frais) Entre 20 et 30 patients soignés par jour Environ 4 nouveaux patients par semaine en moyenne
<i>Typologie de soins effectués</i>	Pas d'implantologie ni d'orthodontie (il laisse cela aux spécialistes qui pratiquent souvent)
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Ses 3 assistantes sont spécialisées de manière à effectuer tous les actes de nettoyages buccaux-dentaires ne nécessitant pas de chirurgie. La déclaration des actes lui est très simplifiée car il a un logiciel l'aidant à le faire rapidement. Il fait appel à un comptable externe, pour le reste. Pour la rémunération des soins, il ne fait appel qu'à une seule société de recouvrement, aspect pratique du système. Déclaration 1 fois par semaine. Le regroupement prévu lui permettra plus de souplesse dans le travail. En outre il sera intégré dans un réseau lui permettant de se sentir moins isolé
<i>Vision du système de santé bucco-dentaire</i>	Points positifs : Habitue d'aller souvent chez le dentiste et la gratuité pour les mineurs. Cela permet de traiter les problèmes tôt, plutôt que de les laisser s'aggraver. Cela crée aussi une certaine fidélité des patients. Points négatifs : Instabilité des tarifs depuis 2010 : libéralisation en 2013, puis plafonnement la même année, puis révision des plafonds à chaque fin d'année. Cela ne permet pas d'évaluer sereinement les provisions notamment les investissements liés à du renouvellement d'équipements par exemple Suppression de la couverture des soins bucco-dentaires pour les adultes dans l'assurance de base. Ceux-ci tendent à consulter de moins en moins souvent et leurs enfants aussi, suivant l'habitude de leurs parents

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, SEPTEMBRE 2016.

2/ Cas d'un cabinet en banlieue Sud de Rotterdam

Localisation du cabinet	Banlieue Sud de Rotterdam (630 000 habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel
<i>Structure des recettes</i>	Chiffre d'affaires annuel : ~1 million d'euros En volume : 85 % de soins conservateurs et prophylactiques <i>Bénéfice non communiqué pour raisons de confidentialité</i>
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales à 40 % 2 ^e poste de dépenses : le matériel (~10 %) 3 ^e poste de dépenses : les locaux (~4 %)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire : 40 h de travail par semaine 1 dentiste : 2j/semaine (rémunéré à 45 % de son CA : >10 k€/mois) 1 dentiste : 1,5 j/semaine (rémunéré à 45 % de son CA) 1 implantologue : 1 j/semaine (rémunéré à 45 % de son CA) 1 hygiéniste : temps plein (rémunéré à 45% de son CA : 3500€/mois) 2 assistantes dentaires : temps plein (salarisées) 1 technicien dentaire : 1 j/semaine
<i>Nombre de fauteuils</i>	5
<i>Typologie des patients</i>	La quasi-totalité avec une assurance complémentaire

Localisation du cabinet	Banlieue Sud de Rotterdam (630 000 habitants)
	Classes moyennes ayant un niveau d'éducation élevé et en bonne santé. Ils n'hésitent pas à dépenser s'il le faut.
<i>Typologie de soins effectués</i>	Très grande majorité de soins préventifs et conservateurs (bon niveau de santé de la patientèle) 8 % à 9 % de ses patients avec des prothèses - soins prothétiques ou d'implantologie principalement réalisés pour des personnes âgées (1/3 des prothèses sont avec implants)
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Grande flexibilité avec les dentistes payés au prorata du CA : temps de travail ajustable en fonction du besoin, et facilitation de révocation du contrat. Préférence pour ce système (ZZP) aux dentistes salariés, comportant trop de risques financiers
<i>Vision du système de santé bucco-dentaire</i>	<u>Points positifs :</u> Bonne habitude de la population de consulter régulièrement le dentiste (depuis les années 70). Consultations planifiées de rendez-vous à rendez-vous, avec rappel par courriel 2 semaines avant, et un sms la veille. Si absence du patient, facturation réalisée Le plafonnement des tarifs empêche les abus qu'il y a pu avoir dans le passé <u>Points négatifs</u> Les assurances complémentaires prennent de plus en plus de poids dans la gestion des soins bucco-dentaires, faisant signer des contrats aux dentistes pour se donner un droit à ne pas rembourser certains actes si l'assurance ne le juge pas nécessaire (déjà le cas pour les médecins généralistes).

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, OCTOBRE 2016.

3/ Cas d'un cabinet à Amsterdam

Localisation du cabinet	Amsterdam (780 000 habitants)
<i>Typologie de cabinet</i>	Individuel (1 dentiste ETP)
<i>Structures des recettes</i>	Chiffre d'affaires annuel : ~1,5 million euros Conservateurs (volume : 75 % - valeur : 70 %) Prothétique (volume : 15 % - valeur : 25 %) Autres (volume : 5 % - valeur : 5 %)
<i>Structure des dépenses</i>	1 ^{er} poste de dépenses : les charges salariales (>60 %)
<i>Composition RH</i>	1 dentiste propriétaire 6 dentistes (rémunérés à 44 % de leur CA) – de 6h à 40h / semaine (dont 1 orthodontiste) 3 hygiénistes – de 6h à 40h / semaine 5 assistantes – de 8h à 40h / semaine (salaire horaire minimal) 2 réceptionnistes – de 15h à 40h / semaine
<i>Nombre de fauteuils</i>	5 fauteuils dans le cabinet dont 1 spécifiquement pour l'hygiène dentaire
<i>Typologie des patients</i>	Plus de 2 000 patients par an
<i>Typologie de soins effectués</i>	Équipé spécifiquement pour réaliser aussi de l'implantologie et de l'orthodontie
<i>Avantages de l'organisation du cabinet</i>	Les tâches administratives et de gestion des paiements sont réalisées par le propriétaire et sont chronophages Pour contrer le low-cost qui commence à apparaître, le cabinet prend régulièrement des stagiaires en formation Les hygiénistes sont très actifs pour plus de rentabilité. Un des hygiénistes est même manager du cabinet
<i>Vision du système de santé</i>	<u>Points positifs :</u>

Localisation du cabinet	Amsterdam (780 000 habitants)
<i>bucco-dentaire</i>	<p>La rémunération des soins conservateurs est plus haute qu'en France, et permet d'effectuer ces soins avec une juste rétribution</p> <p>L'intermédiaire de paiement entre le dentiste et les patients : la société de recouvrement, système fiable et flexible</p> <p>La prise en charge à 100 % des soins bucco-dentaires pour les mineurs</p> <p><u>Points négatifs :</u></p> <p>La nomenclature est très dense avec plus de 300 actes spécifiés. Elle pourrait être simplifiée</p> <p>L'absence de prise en charge par l'assurance de base des soins bucco-dentaires pour les adultes, qui commence à impacter la santé globale du pays</p> <p>Les assistantes qualifiées sont rares</p>

SOURCE : SUR LA BASE D'ELEMENTS DECLARES DANS LE CADRE D'ENTRETIENS TELEPHONIQUES REALISES PAR D&CONSULTANTS, SEPTEMBRE 2016.

Références

- Associatie Nederlandse Tandartsen, ANT (2016), Adviesalarissen Tandartsassistent (Grille tarifaire des assistants dentaires), Document PDF
- Associatie Nederlandse Tandartsen, ANT (2016), Adviesalarissen Mondhygiënist (Grille tarifaire des hygiénistes avec ou sans actions de soins curratifs), Document PDF
- Council of European Chief Dental Officers, CECDO (2014), CECDO database, DMFT reference (en ligne)
- Council of European Dentists, CED (2015), Manual of dental Practice (Edition 5.1)
- Deloitte (2014) Pratiques et performances des cabinets dentaires aux Pays-Bas, 2014, disponible ici : https://www.nza.nl/95826/525502/1058586/Mondzorg_in_Kaart_deel_1A_Tandartspraktijken.pdf
- Dr. Erik Vermaire (2013), Optimizing Oral Health - Towards a tailored, effective and cost-effective dental care, disponible ici : http://www.ivorenkruis.nl/userfiles/File/Proefschrift_Erik_Vermaire_final.pdf
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, DREES (2017), Les dépenses de santé en 2016, édition 2017
- Institut Der Deutschen Zahnärzte, IDZ (2015), Klingenberg et al., EURO-Z-II, Comparison of dental fees in Europe
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, KNMT, 2014, Soins prodigués par les hygiénistes dentaires : <http://staatvandemondzorg.nl/organisatie-van-de-patientenzorg/zorgverlening-door-mondhygienisten/>
- Organisation de Coopération et Développement Economiques, OCDE (2015), Unmet care needs for dental examination, by income level, dans Health at a glance 2015: OECD indicators, OECD Publishing, Paris. Disponible ici : http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en;jsessionid=4nfietgf5ch87.x-oecd-live-02
- Organisation de Coopération et Développement Economiques, OCDE (2016), Population et PIB, site statistiques disponible en ligne : <https://data.oecd.org/fr/>
- Organisation de Coopération et Développement Economiques, OCDE (2017), Statistiques sur la santé, État de santé, Santé buccale (en ligne)
- Nederlandse Zorgautoriteit, NZA (2016) Nomenclature et tarification des actes « Tandheelkundige zorg »
- Zorginstituut Nederland (2016), Détails de la prise en charge des soins bucco-dentaires pour les enfants, les adultes et cibles spécifiques : <https://www.zorginstituutnederland.nl/pakket/zvw-kompas/mondzorg#Mondzorgaanalleverzekerden>

Document de travail

Février 2018 // : N° 136

L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas

Directeur de la publication
Jean-Marc AUBERT

ISSN
1621-4358

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources



Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
14 avenue Duquesne - 75350 paris 07 SP